This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

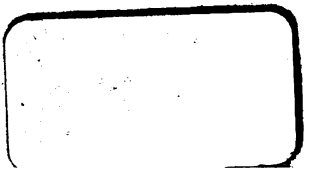
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



ANNALES

D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR FLORENT CUNIER,

CHEVALIER DE L'ORDRE MILITAIRE DE LÉOPOLD,
MÉDECIN-OCULISTE DE LL. AA. RR. LE DUC DE BRABANT ET LE COMTE DE FLANDRE,
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DU BRABANT,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS, ANVERS, ATHÈNES, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BORDEAUX, BRESLAU, BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG, HEIDELBERG, HOORN, IENA, LEIPZIG, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON, MADRID, MALINES, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA, PARIS, POITIERS, PUERTO DE SANTA-MARIA, RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE, VERVIERS, VIENNE, ETC.

Treizième Année.

TOME XXIII.

—

4e SÉRIE. — TOME 5me.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, RUE DES COMÉDIENS;

A PARIS,

CHEZ GERMER BAILLIÈRE, 17, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

—

1er SEMESTRE 1850.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
APR 3 1922

LISTE DES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. LAWRENCE, à Londres. MACKENZIE, à Glasgow. MIDDLEMORE, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. GOLZ, à Vienne. PIRINGER, à Grätz.

BADEN.

MM. CHELIUS, à Heidelberg. SCHERRER, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. CANSTATT et HEYFELDER, à Erlangen. TEXTOR, à Würzbourg.

APR 4 1922

BELGIQUE.

MM. ANSIAUX (le professeur N.) et ANSIAUX (Jules), à Liége. BASTINGS, à Bruxelles. BINARD, à Malines. BURGGRAEVE, à Gand. DECONDÉ, à Liége. FALLOT, à Bruxelles. GOUZÉE, à Anvers. HAIRION, à Louvain. HENROTAY, à Bruxelles. JANS, à Peér. LOISEAU, à Namur. J. SMITS, à Bruxelles. STIÉVENART, à Mons.

DANEMARCK.

M. N.-G. MELCHIOR, à Copenhague.

ESPAGNE.

MM. ESCOLAR, à Madrid. DE LA MOTA, à Medina-Sidonia. FONTAN, à Jerez.

FRANCE.

MM. BOUCHACOURT, à Lyon. BOUISSON, à Montpellier. LUCIEN BOYER. CAFFE, DESMARRES et DEVAL, à Paris. H. DUVAL, à Argentan. FURNARI, à Paris. GAILLARD, à Poitiers. GUÉPIN, à Nantes. MAZADE, à Anduze. MIRAULT, à Angers. PAMARD, à Avignon. PÉTREQUIN, à Lyon. SERRE (d'Uzès), à Alais. SICHEL, à Paris. STOEBER, à Strasbourg. TAVIGNOT et VELPEAU, à Paris.

HOLLANDE.

MM. HENDRICKSZ (W.), à La Haye. KERST, à Utrecht. SEBASTIAN, à Groningue. SNABILIÉ, à La Haye. VAN DEN BROECK, à Utrecht.

PRUSSE.

MM. ANDREAE, à Magdebourg. BLASIUS, à Halle.

RUSSIE.

MM. EVENIUS, à Moscou. VANZETTI (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. AMMON (le chevalier d'), BAUMGARTEN, BEGER et WARNATZ, à Dresde.

SUISSE.

MM. CORNAZ, à Neuchâtel. MAUNOIR (le professeur), à Genève. RAU, à Berne.

TURQUIE.

MM. DE HUBSCH et RIGLER, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. HOERING, à Heilbronn.

Impr. de F. MARCHAL, 4, rue Jardin d'Idalie.

ANNASEL

D'OCULISTIQUE.

Tome XXIII.— 4e série. Tome 5e. — 1re et 2e livraisons.

31 JANVIER ET 28 FÉVRIER 1850.

MEDICAL LIBRARY

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU SCINTILLEMENT DE LA PUPILLE;

par le docteur E. BLASIUS,

Professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Halle (Prusse).

Le scintillement de la pupille (1) constitue un phénomène aussi étonnant que rare; il n'a pas encore été observé jusqu'à ce jour en Allemagne; il n'en a été parlé que par quelques ophthalmologues français.

Je n'en ai rencontré qu'un seul cas parmi les nombreuses affections oculaires que j'ai eu l'occasion d'observer jusqu'à présent. Le sujet était un homme déjà avancé en âge, privé depuis longtemps de la vue de l'œil gauche, et dont l'œil droit était atteint d'amblyopie amaurotique. L'œil gauche, dans lequel la faculté de voir était totalement abolie, n'offrait plus la moindre mobilité de la pupille, dont la partie externe était occluée par un exsudat, et qui présentait un fond noir normal, sur lequel on distinguait pendant le repos un scintillement qui paraissait produit par un grand nombre de petites étoiles; à chaque mouvement du globe, on voyait s'élever des points brillants et scintillants, semblables à ceux qu'on remarque dans le champagne mousseux.

Ce scintillement était limité à la circonférence de la pupille, et avait son siége immédiatement derrière cette ouverture, de telle façon qu'on le distinguait parfaitement en regardant l'œil de côté ou d'en haut. Au moindre mouvement imprimé au globe, l'iris devenait flottant; cette membrane n'avait toutefois subi aucune altération, et il en était de même des autres parties de l'œil, qui avait conservé sa consistance normale.

Je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur le mode de développement de cette affection. Aucune blessure de l'œil n'avait eu

(1) *Scintillatio pupillae. Funkeln* oder *Flimmern der Pupille.*

lieu ; l'œil droit n'était le siége d'aucun scintillement ; il n'y existait ni exsudat ni *iridodonesis*.

Ce phénomène me rappela de la manière la plus frappante l'aspect qu'offre le liquide d'une hydrocèle lorsqu'il s'y rencontre beaucoup de cholestérine, et j'exprimai (il y a de cela deux années environ) aux personnes qui suivaient ma clinique, l'opinion que ce scintillement était dû à la présence de la cholestérine dans l'œil ; que cette substance siégeait dans l'intérieur de la capsule cristallinienne, probablement dans le liquide de Morgagni, dont la sécrétion était augmentée, et qu'on pouvait le considérer comme dépendant d'une espèce d'hydropisie de la capsule. Il était aisé de s'assurer que ce phénomène ne se produisait pas dans l'humeur aqueuse, et qu'il était indépendant du corps vitré, car, ainsi que je l'ai dit déjà, il apparaissait immédiatement derrrière la pupille et on le reconnaissait très-facilement en regardant l'œil de côté.

Les ophthalmologues français qui ont observé le scintillement (2) en placent le siége dans le corps vitré, et lui donnent le nom de *synchisis étincelant ;* ils fondent surtout leur diagnostic du synchisis sur l'existence de l'iridodonesis dans la plupart des cas ; mais l'oscillation de l'iris ne peut pas être invoquée comme un signe constant du synchisis ; elle est d'ailleurs beaucoup plus fréquente que ce dernier, et n'indique le synchisis que lorsqu'elle coïncide avec la mollesse de l'œil. Cet état de mollesse existait dans le seul fait cité par M. Pétrequin, dans lequel les corps scintillants siégeaient bien certainement dans la chambre antérieure ; il n'a été noté dans aucun des autres cas observés, dont la relation exprime au contraire que le globe conservait sa consistance normale. L'expression *synchisis étincelant* n'a donc de convenable que l'adjectif ; le mot *synchisis* doit disparaître. Il suit de là que l'on ne peut admettre la théorie de M. Desmarres, qui explique le scintillement par le flottement des cellules du corps vitré ramolli, qui, dans cet état, réfléchissent la lumière isolément au lieu de la réfracter. Je n'entends point par là que le phénomène ne puisse avoir son siége dans le corps vitré ; je veux seulement spécifier que ce siége n'est pas unique, n'est pas toujours le même. M. Pétrequin (2) a rapporté dans ces derniers temps un cas dans lequel l'apparence lumineuse avait

(1) Sichel, *Annales d'Oculistique*, vol. XV, pp. 167-177, et pp. 248-250 ; vol. XVII, pp. 79-82. — Desmarres, Ibid, vol. XIV, p. 220 ; vol. XVIII, pp. 23-26. — Robert, Ibid., vol. XVIII, pp. 79-80

(2) *Annales d'Oculistique*, vol. XX, pp. 69-76.

évidemment son siége dans la chambre antérieure, donc dans l'humeur aqueuse. Stout (1) se rend compte du scintillement par la présence de *corps cristallins et transparents devant la pupille et dans le fond de l'œil.* M. Bouisson (2) l'explique par la déposition accidentelle de la matière grasse du corps vitré, sous forme cristalline. Je considère la chose comme possible, bien que jusqu'à ce jour on n'ait pas encore démontré la production morbide de la cholestérine dans le corps vitré, comme cela a eu lieu pour la capsule du cristallin. J'ai indiqué la raison qui me fait admettre que dans le fait que j'ai observé le scintillement avait son siége dans cette membrane ; tous les autres faits connus offrent une grande analogie avec le mien : j'en excepte toutefois celui qui est le plus ancien en date, celui de Parfait-Landrau (3), dans lequel l'œil était parfaitement sain, et uniquement affecté de *visio scotomatum ;* mais dans ce cas un rapprochement hypothétique entre la *visio scotomatum* et le scintillement rend le fait moins important, en montrant que l'auteur n'était pas exempt de toute idée préconçue. Dans les autres faits (2 de M. Desmarres, 1 de M. Sichel, 1 de M. Robert), comme dans l'observation qui m'est propre, il existait dans et derrière la pupille des exsudations, une cataracte capsulaire adhérente ; la capsule cristalline était par conséquent la partie qui avait été visiblement le siége d'un processus morbide. M. Sichel a observé le scintillement à la suite de la déchirure, par l'aiguille, d'une cataracte capsulaire adhérente : l'ouverture produite livra distinctement passage à des paillettes étincelantes qui vinrent se jeter dans la chambre antérieure. M. Sichel, dans la supposition que le corps vitré doit être le siége primitif de ces corpuscules, cherche à expliquer comment ce flot de paillettes et de liquide a pu venir de l'humeur vitrée dégénérée (l'œil était atteint d'*hydrophthalmie antérieure* et *postérieure*) ; mais la membrane qu'il dut déchirer dans ce cas obstruait la pupille elle-même, et dans son hypothèse, il ne se préoccupe pas, ce qui est réellement inconcevable, du cristallin ; il est bien plus naturel, en effet, d'admettre que le flot de liquide contenant les paillettes étincelantes provenait de la capsule cristalline : tous ceux qui ont pratiqué des opérations sur l'œil connaissent ce flot de liquide (dépourvu de corpuscules étincelants), qui s'échappe de la

(1) *Annales d'Oculistique,* vol. XVI, pp. 74-79.

(2) Ibid., vol. XVIII, p. 27.

(3) *Revue médicale française et étrangère* (1828), tome IV, p. 203. — Ce fait a été reproduit par M. Sichel, *Annales d'Oculistique,* vol. XV, p. 171.

capsule du cristallin déchirée dans les cas de cataracte liquide. Sans cette supposition, M. Sichel serait arrivé d'autant mieux à trouver la véritable explication du phénomène qui nous occupe, que lui-même affirme avoir observé plusieurs fois, dans des cataractes capsulaires, des paillettes étincelantes semblables ayant leur siége dans le segment antérieur de capsule.

Le scintillement observé dans les cas où avait eu lieu l'opération de la cataracte a persisté pendant longtemps et d'une manière continue ; cela ne peut pas servir à prouver que le siége de ce phénomène ne puisse être dans l'intérieur de la capsule cristalline, car ces cataractes appelées *capsulaires* n'étaient probablement pas produites par un obscurcissement de la membrane cristallinienne, mais seulement par des exsudations déposées à sa surface externe ; ces productions morbides ont pu être enlevées tout en laissant la capsule elle-même en place. L'ouverture produite par l'opération au segment antérieur de la capsule cristalline a fort bien pu être comblée par une cicatrice transparente, ainsi que le prouvent les observations de MM. W. Sömmering et Textor, faites sur des yeux d'individus opérés de la cataracte ; enfin la déchirure du segment antérieur de la capsule cristalline ne peut pas davantage avoir empêché la formation de cholestérine sur ses parois antérieure ou postérieure ; la science possède en effet de nombreuses observations de reproduction de la substance cristalline qui aurait eu lieu après des opérations de la cataracte accompagnées de la déchirure de la portion antérieure de la capsule cristalline.

Il n'est certes pas démontré d'une façon directe que la formation de la cholestérine soit la cause du scintillement ; cependant cette supposition est rendue très-probable, d'abord par l'aspect particulier que présente la pupille, aspect qui se retrouve absolument de la même manière caractéristique, dans d'autres liquides, comme dans celui de l'hydrocèle, où je l'ai vu assez fréquemment, dans dans l'hydropisie de l'antre d'Highmore (1).

En second lieu, il est prouvé que le scintillement est produit par de petits corpuscules (cristallins) ; la présence de ces corps a été constatée par M. Stout dans ses examens microscopiques (2). M. Sichel a vu aussi ces mêmes corpuscules, qu'il nomme *paillettes métalliques d'une teinte dorée*, passer dans la chambre antérieure et s'y fixer.

(1) Voyez mes *Beitrâge zur praktischen Chirurgie*, Berlin, 1848, p. 167.
(2) *Annales d'Oculistique*, loc. supra citat.

En troisième lieu, des recherches microscopiques récentes faites sur des exsudations trouvées à la face externe de la capsule cristalline et dans son intérieur y ont fait constater l'existence de la cholestérine ; chose remarquable, on l'a surtout rencontrée dans des exsudations produites par voie inflammatoire, et le scintillement a principalement été observé lorsqu'il existait des exsudations produites par l'inflammation. Les résultats de l'examen anatomique des cataractes, fait avec soin, mais peu fréquemment, dans ces derniers temps, permet de conclure que l'existence de la cholestérine doit s'y rencontrer fréquemment.

Je terminerai ma note par la question suivante :

L'apparence nacrée que l'on observe souvent dans les cataractes capsulaires, et qui en est considérée comme le caractère distinctif, ne tient-elle pas à ce que de la cholestérine s'est formée à la face interne de la capsule cristalline et s'y est fixée au moyen d'une exsudation solide?

OBSERVATIONS PRATIQUES ;

Par le docteur DESMARRES.

I. — De l'iritis considérée comme symptôme de la présence d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil.

Il est des cas nombreux de blessures de l'œil dans lesquels le médecin ignore si le corps vulnérant est demeuré dans le globe. L'examen des parties ne peut très-souvent rien apprendre au praticien le plus exercé, et le doute dans lequel il se trouve influe nécessairement d'une manière fâcheuse sur le pronostic et sur le traitement. C'est précisément ce doute si pénible que je voudrais contribuer à diminuer en rapportant quelques faits, pris dans un grand nombre d'observations, et dans lesquels un corps étranger ayant blessé l'œil et y étant demeuré engagé ou enfermé, un signe que je considère comme presque certain m'a conduit à multiplier mes recherches et, quelquefois, à débarrasser le malade. Ce signe c'est l'inflammation et, par suite, la décoloration de l'iris.

Cette inflammation du diaphragme n'a certes rien, quant à sa forme, qui puisse la faire distinguer des autres inflammations de l'iris ; cependant je ne crois pas m'écarter de mon sujet en en rappelant les principaux caractères.

De même que dans l'iritis ordinaire il convient d'admettre ici plusieurs degrés.

Dans le premier degré, *qui est aussi le plus fréquent* dans les cas de

blessures de l'œil compliquées de corps étranger, le principal symptôme est fourni par la couleur que présente l'iris ; il est nécessaire, pour éviter l'erreur, de comparer l'œil sain avec l'œil malade. La teinte morbide varie, comme on sait, et ainsi que je l'ai rappelé ailleurs, « selon que les yeux sont bleu clair, bleu gris, ou verdâtres, brun clair, brun foncé, ou noirs. — Pour les iris clairs, comme les bleus, lorsque la séreuse de Descemet s'enflamme, la couleur naturelle est d'abord très-peu altérée ; un brouillard léger et bleuâtre s'étend sur une partie de la membrane, ou sur la membrane tout entière. La teinte bleu clair, manifestement moins brillante, est alors un peu plus foncée. Les fibres iridiennes sont moins distinctes, et les petits enfoncements intermédiaires moins bien dessinés. Les iris bleu gris offrent une teinte sale plus prononcée, probablement parce que la couleur primitive en est moins franche. Les iris verdâtres présentent, surtout vers le petit cercle, une coloration évidemment rougeâtre, de teinte mate et plus foncée que leur couleur primitive. Les iris brun clair prennent une teinte mate, terne, et, comme les autres iris, semblent avoir été salis. Quant aux iris brun foncé et noirs, la couleur qu'ils ont à l'état normal pâlit ; c'est une teinte gris clair, une sorte de glacis grisâtre qu'on aurait étendu à leur surface. Comme dans tous les autres iris, les fibres convergentes sont moins saillantes et les interstices qu'elles laissent entre elles moins profonds (1). »

Dans le second degré, la couleur pathologique de l'iris se dessine davantage, surtout dans le petit cercle ; ce n'est plus une sorte de brouillard voilant la couleur normale : c'est une coloration rougeâtre sale très-prononcée, surtout dans les points rapprochés de la pupille. L'iris brun clair devient brun rougeâtre, quelquefois on y voit de petites taches orangées. Dans l'iris bleu, le petit cercle devient verdâtre, mêlé d'une certaine proportion de rouge ; l'iris foncé naturellement prend une teinte rouge sombre mal dessinée.

Dans le troisième degré, la couleur de l'iris s'altère plus profondément encore, surtout dans le petit cercle, et les autres désordres qui distinguent l'iritis se développent et menacent l'organe tout entier. Il y a alors phlegmon imminent de l'œil.

Dans tous les degrés de l'iritis qui nous occupe, il peut se faire qu'on remarque sur la surface de la membrane une tumeur jaunâtre plus ou moins élevée, formée par du pus et renfermant le corps

(1) Desmarres, *Traité des maladies des yeux.*

étranger, comme dans l'observation de M. Buffet (Obs. I), que je donnerai plus bas.

Le gonflement et l'injection de l'iris sont en rapport avec l'intensité de l'inflammation, dont les efforts tendent, dans tous les cas, à l'élimination du corps étranger. La pupille, légèrement trouble et remplie au premier degré d'une sorte de fumée vague, presque insaisissable, laisse voir le fond de l'œil qui n'est plus noir et semble avoir pris une teinte grisâtre comme s'il était couvert d'une gaze très-légère. Elle est moins régulièrement ronde, et le plus souvent immobile. A un degré plus élevé, elle se frange, devient étroite, inégale ; assez souvent elle présente un angle rentrant profond du côté vers lequel le corps étranger siége dans l'une des chambres. Plus tard des exsudations se forment de toutes parts sur la capsule, et la marge pupillaire est définitivement fixée contre cette membrane.

La chambre antérieure diminue souvent sous l'influence du gonflement iridien ; quelquefois aussi, surtout lorsque l'iritis est devenue chronique, cette cavité est agrandie par le fait des adhérences établies entre l'iris et la capsule, adhérences qui portent en arrière la marge pupillaire de l'iris. — Au second et surtout au troisième degré de l'iritis qui nous occupe, on trouve dans la chambre antérieure un hypopyon plus ou moins considérable et d'une couleur plus ou moins foncée, selon que le pus qui le forme vient directement de l'iris ou est fourni par la cornée qui peut avoir été blessée. Quelquefois, comme dans deux des observations qu'on va lire, il y a du pus à la fois à la partie la plus déclive de la chambre antérieure, comme aussi dans un point plus ou moins élevé et correspondant à l'endroit où le corps vulnérant est implanté et masqué par les tissus normaux ou par des exsudations. On trouve assez souvent aussi du sang dans la chambre antérieure.

La cornée, à moins qu'elle n'ait été directement blessée par le corps étranger, n'offre d'ordinaire aucune altération ; cependant il est des cas où, comme dans l'observation I ci-après, elle présente au centre une multitude de petits points opaques (*kératite ponctuée*). Il convient d'ajouter, cependant, qu'en général, et bien qu'elle n'ait pas perdu sa transparence, la cornée prend, dans l'iritis un peu élevée, une teinte verdâtre facile à reconnaître quand on l'examine de profil.

Rougeur. Au pourtour de la cornée on voit dans cette iritis une injection plus ou moins marquée et toujours en rapport avec l'inten-

sité de la réaction occasionnée par la présence du corps étranger. Les vaisseaux, que l'on n'aperçoit au premier degré que sous l'influence d'un examen prolongé, sont groupés circulairement en forme d'anneau autour de la cornée, touchent quelquefois à cette membrane dans le bord de laquelle ils se perdent, tandis que d'autres fois, surtout au premier degré, ils en sont éloignés d'environ un millimètre. Plus loin, au delà de cet anneau, la sclérotique est à peine rosée et n'offre pas une injection sensible.

La conjonctive, le plus souvent exempte d'inflammation, est à peine injectée dans quelques cas ; mais quelquefois elle offre une vascularisation et un gonflement considérables compliqués de chémosis phlegmoneux. Ce n'est plus seulement à une iritis que l'on a affaire dans ce dernier cas ; le plus grand danger menace l'œil, car il y a une ophthalmite au début, déterminée par une suppuration éliminatrice trop étendue et que l'on ne pourra modérer que par l'extraction immédiate du corps étranger.

Les symptômes *physiologiques* n'éclairent pas toujours le praticien d'une manière satisfaisante : la douleur, dans le premier degré, est souvent absolument nulle, comme on le voit dans l'observation IV qui suit ; quelquefois, cependant, les malades se plaignent d'une sensation de tension, incommode plutôt que douloureuse, et augmentant sous l'influence de la lumière sans qu'il y ait véritablement photophobie. Ce dernier symptôme ne se montre guère à l'état aigu que lorsque la cornée a été blessée ou qu'elle est intéressée d'une manière quelconque, ou bien lorsque, par le fait de la présence du corps étranger, il s'est déclaré une névralgie ciliaire, comme dans l'observation II (M. Deschamps). La photophobie et la douleur sont peu marquées lorsque le corps étranger flotte dans l'humeur vitrée (observation III, madame Leroy) ; elle est au contraire très-élevée s'il est implanté dans la sclérotique, et si, de ce point, il pénètre obliquement dans la chambre antérieure (observation I, M. Buffet).

Je n'ai point à m'occuper ici des terminaisons diverses de l'inflammation occasionnée par la présence de corps étrangers dans l'œil, car je n'ai pas d'autre but que d'appeler l'attention du praticien sur l'iritis qui indique leur présence au milieu des membranes internes. Il me suffira donc de rappeler que le corps vulnérant, s'il occupe une place convenable, peut être éliminé par suppuration sans produire de désordres ; que parfois, après avoir occasionné de longues et menaçantes inflammations, il s'enveloppe d'une fausse membrane et demeure dans l'œil ou visible en partie

ou entièrement caché, sans causer la moindre gêne pendant un temps souvent fort long, mais que le plus souvent sa présence détermine une série d'inflammations fort graves à la suite desquelles on constate l'atrésie pupillaire partielle ou totale (observation II, M. Deschamps), la formation de fausses membranes derrière le corps vitré et une cécité complète (observation III, madame Leroy), la cataracte, l'atrophie (observation IV), le phlegmon du globe (observation V), etc., etc.

Les observations suivantes montreront, je l'espère, et la difficulté de reconnaître la présence de quelques corps étrangers dans l'œil, et l'utilité du signe au moyen duquel on peut éviter une grave erreur de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Obs. I. — M. Buffet, 40 ans, banquier à Épernay, reçut, en chassant dans le commencement de janvier 1848, un très-petit éclat de capsule fulminante dans l'œil droit. Il n'a ressenti, d'après ce qu'il raconte, qu'une douleur très-supportable, assez semblable à celle qui résulte de la présence d'un corps étranger léger roulant sous les paupières. Après quelques instants pendant lesquels il se *frotta l'œil avec les doigts*, et après s'être bassiné dans un peu d'eau fraîche, il continua de chasser jusqu'à la nuit, et ayant pour ainsi dire presque oublié l'accident qui lui était arrivé dans la journée. Le sommeil fut très-bon pendant toute la nuit; le matin, M. Buffet ayant ressenti quelques légères cuissons, recommença à faire des fomentations d'eau froide et n'appela son médecin que le lendemain, parce que l'œil s'était injecté le soir et que des élancements s'y faisaient sentir de temps en temps. — Une saignée fut faite; un purgatif, des bains de pieds, un collyre furent prescrits. — Au lieu de produire une amélioration, ce commencement de traitement fut suivi d'une exacerbation des symptômes; les élancements devinrent plus rapprochés et presque insupportables, l'œil rougit encore davantage, et l'on reconnut que, malgré le traitement appliqué et qui consista en une nouvelle saignée, l'administration du calomel à l'intérieur, l'application de sangsues près de l'oreille, *il se faisait deux taches*, comme le dit le malade, une en haut et à droite de la prunelle, et l'autre en bas. Huit jours se passèrent ainsi dans un espoir d'amélioration toujours déçu; le malade se décida alors à venir à Paris, où je le trouvai dans l'état suivant :

18 janvier 1848. — Les paupières sont rouges et gonflées; quelques mucosités sont collées aux cils; le malade craint de s'exposer à l'action de la lumière et cache son œil derrière un bandeau noir. Par instants qui reviennent fréquemment, il est pris d'accès très-intenses de photophobie.

Vers la partie supérieure externe de la cornée, et en dehors de cette membrane, on voit sur la sclérotique une petite plaie oblique, longue d'environ 3 millimètres, et dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. — Dans les lèvres de cette petite plaie, qui intéresse en même temps la conjonctive, on aperçoit une ligne noire, étendue d'un angle à l'autre, et absolument semblable, quant à l'aspect, à une très-petite procidence de la choroïde divisée par le corps vulnérant. A l'aide d'une loupe il est impossible de s'éclairer davantage.

Vers l'angle kératique de la plaie, angle qui touche immédiatement la cornée, on aperçoit dans la chambre antérieure une *tumeur* jaunâtre, ovoïde, couchée entre l'iris et la cornée, et s'avançant à 1 millimètre de la pupille. Cette tumeur, dont le centre est d'une couleur jaune plus prononcée que la circonférence, semble être constituée par du pus de même nature que celui qui existe à la partie la plus déclive de la chambre antérieure et qui y forme un large hypopyon.

L'iris, d'un beau bleu dans l'œil sain, a pris dans l'œil malade *une teinte verdâtre extrêmement prononcée ;* la pupille, un peu anguleuse du côté de la tumeur, est absolument immobile comme dans l'iritis parenchymateuse au second degré. La chambre postérieure et le fond de l'œil paraissent remplis d'une fumée légère.

La cornée est transparente partout, sauf au centre où, avec un peu d'attention, on trouve un assez grand nombre de petits points ou petites plaques grisâtres de la grandeur d'une pointe d'aiguille et siégeant à la face concave de la membrane. Ces petites plaques sont séparées entre elles par des parties de cornée parfaitement transparentes.

Le pourtour de la cornée présente une vascularisation très-fine qui se relie à une autre injection annulaire très-marquée, de couleur rouge bleuâtre, siégeant sur la portion de sclérotique qui recouvre le corps ciliaire. Un peu plus loin la fibreuse est seulement un peu rosée. La conjonctive, à peine rouge, est soulevée légèrement par une infiltration peu marquée du tissu cellulaire sous-muqueux.

La vue est excessivement mauvaise ; le malade ne reconnaît que très-difficilement les grands objets dans les moments où la photophobie n'est pas trop considérable. Il accuse des douleurs très-vives qui s'irradient du fond de l'œil à toutes les branches de la cinquième paire. C'est surtout dans le trajet du frontal qu'il souffre le plus ; la douleur commence à revenir par accès comme cela arrive d'ordinaire dans la névralgie ciliaire suite d'ophthalmie interne.

Le corps vulnérant est-il dans l'œil? telle est la question à laquelle je m'arrête tout d'abord. L'examen de l'organe ne me laisse aucun doute : *L'iris est enflammé,* la couleur normale en est détruite, la pupille est trouble et immobile. La blessure d'ailleurs très-petite de la sclérotique serait depuis longtemps réunie s'il n'y avait là une cause incessante d'irritation. Le corps étranger est-il engagé dans les membranes internes où est-il retenu dans la plaie? Toutes les probabilités militent en faveur de cette dernière supposition. Quelle est cette ligne noire que l'on voit entre les lèvres de la petite plaie? Est-ce la choroïde, comme cela se voit très-souvent dans des blessures analogues ? au contraire serait-ce le corps étranger oxydé ? se serait-il engagé obliquement de manière à passer sous les attaches de la cornée ? et formerait-il la base de la tumeur oblongue qui existe dans la chambre antérieure ? Cela est presque certain si l'on se souvient que c'est en tirant un coup de

fusil que le malade a été blessé, et lorsque l'on constate que l'éclat de capsule a dû pénétrer obliquement de droite à gauche et de dehors en dedans. Cette supposition bien établie, il ne reste plus qu'à faire des recherches avec le stylet et à saisir le corps étranger avec des pinces. Mais là se présentait une très-grande difficulté : les pinces ne pousseraient-elles pas dans l'œil le corps étranger déjà déchatonné par la suppuration et le ramollissement des parties dans lesquelles il est engagé ? l'œil atteint de photophobie ne s'agiterait-il pas brusquement pendant la manœuvre, malgré la fermeté du malade ?

Ces réflexions étant faites, il fallut vaincre l'opiniâtreté du malade qui soutenait ne pas avoir de corps étranger dans l'œil, que ce n'était qu'une petite blessure, etc., etc.; il se soumit enfin à ce que je lui représentai énergiquement comme une nécessité, et, l'ayant placé comme dans l'opération de la cataracte, il lui fut surtout recommandé de diriger fortement son œil en dedans, ce qu'il fit avec beaucoup de fermeté malgré la conviction où il était que le corps étranger était sorti de l'œil après l'avoir blessé. Dans la crainte que, touché avec le stylet, l'œil ne fît un mouvement brusque qui eut compromis le résultat, je commençai par appliquer l'extrémité de l'instrument sur la conjonctive bulbaire et sur quelques points de la circonférence de la cornée, puis, comme le malade demeurait ferme, je poussai doucement le stylet entre les lèvres de la plaie et je sentis très-aisément le corps étranger; c'était lui qui formait cette ligne noire que l'on pouvait prendre pour une hernie de la choroïde et qui était de niveau avec les lèvres de la plaie.

Après avoir donné quelques instants de repos au malade, le corps étranger fut saisi du premier coup entre les mors d'une pince très-fine et cependant très-forte, et extrait facilement au moyen d'une traction faite de dedans en dehors. C'était un éclat de capsule long d'environ trois millimètres et large de deux. Je m'assurai en l'entraînant qu'il s'engageait dans la chambre antérieure et qu'il formait, en effet, la base de la tumeur qui a été décrite. Le même stylet, introduit dans la plaie et dirigé vers la chambre antérieure, y pénétra aisément à travers la tumeur, qui ne présentait d'ailleurs aucune résistance. Après avoir vu le corps étranger, le malade, jusque-là très-ferme, éprouva une longue syncope en reconnaissant l'erreur qu'il avait commise en s'obstinant à croire que l'éclat de capsule n'était pas resté dans l'œil, et surtout à la pensée des dangers que l'œil avait courus.

Le traitement fut des plus simples : l'œil fut tenu fermé sous des bandelettes de taffetas d'Angleterre; dix sangsues appliquées près de l'oreille, par précaution, donnèrent peu de sang.

Le lendemain la photophobie avait presque entièrement disparu; l'iris était moins vert, l'hypopyon avait notablement diminué ainsi que la tumeur; la petite plaie de la sclérotique était fermée par une exsudation blanchâtre un peu élevée. La nuit avait été bonne, l'appétit s'était réveillé.

Les jours suivants, l'œil s'étant complétement débarrassé du pus que renfermait la chambre antérieure et le malade se sentant de mieux en mieux, j'aban-

donnai le traitement antiphlogistique. Six jours après l'extraction du corps étranger, le malade partit en bonne voie de guérison ; l'iris était à ce moment encore un peu verdâtre, mais la pupille commençait à reprendre ses mouvements et la vue s'améliorait très-notablement. J'ai appris, trois mois plus tard, que M. Buffet était complétement guéri et que ses deux yeux étaient également bons.

Obs. II. — M. Deschamps, 12, rue de la Chaussée d'Antin, vient me consulter pour son œil droit, le 25 mars 1848. Il y a huit mois, il a reçu dans cet œil, étant à la chasse, un éclat de capsule fulminante ; la douleur fut assez vive et il fut obligé de rentrer aussitôt chez lui.—On appliqua des sangsues près de l'oreille ; on conseilla des compresses imbibées d'eau froide sur l'œil et des bains de pieds.—L'examen de l'œil, fait le lendemain par l'un des plus habiles chirurgiens des hôpitaux de Paris, fit reconnaître que le morceau de capsule était dans la chambre antérieure, enfoncé dans l'iris à la hauteur de la pupille et en dehors de cette ouverture. Une tentative d'extraction du corps étranger fut faite aussitôt, mais elle ne réussit pas, ce qu'il faut attribuer à l'incroyable pusillanimité du malade, qui refusa dès lors toute proposition tendant à pratiquer cette petite opération. A partir de ce moment, pendant six mois entiers, la vie de ce malade ne fut qu'une suite d'insupportables douleurs ; il abandonna successivement toutes ses occupations, se renferma dans sa chambre attendant chaque jour que le courage lui vînt. Sa santé subit une altération profonde et il s'affaiblit au point qu'il lui aurait été impossible de sortir. Nuit et jour des douleurs très-vives s'irradiant dans la cinquième paire l'obligeaient à se tenir la tête entre les mains dans une chambre obscure. Du sixième au huitième mois, le mal devenant moins insupportable, M. Deschamps commença à sortir de temps en temps ; c'est alors qu'on le décida à venir me voir.

L'examen de l'œil me fait reconnaître toutes les traces d'une violente ophthalmie interne accompagnée de névralgie ciliaire. La rougeur des membranes externes est considérable encore, surtout au pourtour de la cornée, qui est encadrée d'un large anneau vasculaire rouge-brun et profond. Une petite tache blanche, linéaire, longue d'environ 4 millimètres, est placée près de la circonférence de la cornée et en dehors. C'est très-probablement la cicatrice de la petite plaie qui a été faite lors de l'essai d'extraction du corps étranger. La chambre antérieure est normale, mais l'iris fixe tout particulièrement mon attention. On voit, en effet, indépendamment d'une couleur verdâtre uniformément répandue sur cette membrane, une tumeur blanchâtre fixée en dehors de la pupille, à la hauteur d'une ligne qui traverserait horizontalement cette ouverture. Cette tumeur est oblongue, assez régulière dans sa forme, et fait saillie d'un millimètre à peu près dans la chambre antérieure. Si l'on en croit le malade, cette tumeur a pour base le corps étranger. La pupille a perdu sa mobilité ; elle est à peu près complément adhérente en arrière ; lorsque la photophobie n'existe pas, ce qui est rare, le malade peut reconnaître quelques grands objets.

Doit-on s'en rapporter absolument au patient, croire que le corps étranger n'a pas été extrait, et que la blessure de l'iris est devenue la cause première de cette exsudation fibro-albumineuse actuellement organisée ?

Comment admettre qu'un corps étranger si petit, extrait dès le lendemain de la blessure et n'ayant fait à l'iris qu'une plaie très-superficielle, ait pu devenir la cause d'une maladie aussi longue et aussi insupportable ? Quelle cause

donner à cette iritis à durée si longue et reparaissant à l'état aigu à de si courts intervalles ? Évidemment le malade a raison d'affirmer que le corps étranger est là et que c'est lui qui a détruit sa santé depuis si longtemps. Comme tous les hommes pusillanimes, M. Deschamps, vaincu par la douleur, disant à tout instant qu'il abhorre la vie, paraît consentir aisément à courir les chances d'une nouvelle tentative pour l'extraction du corps étranger, et demande qu'on lui enlève l'œil plutôt que de le laisser souffrir aussi cruellement.

L'opération est fixée au 30 mars.—Le malade est moins bien disposé, il porte sur ses traits l'empreinte d'une terreur profonde; il n'a pas dormi depuis plusieurs jours, au dire de sa femme qui l'accompagne, et n'a pris que quelques potages. Pour être plus certain que je pourrai terminer l'opération quand je l'aurai commencée, je le fais coucher sur un lit et maintenir par plusieurs personnes. Les paupières sont écartées par deux élévateurs et l'œil fixé par une pince appliquée près de la cornée du côté interne. Alors cette membrane est ponctionnée assez largement en dehors, avec le couteau à cataracte, et une pince est introduite dans la chambre antérieure. La petite tumeur oblongue est immédiatement saisie, mais elle échappe à plusieurs reprises à cause de la force des adhérences qui la retiennent, ce qui m'oblige à prendre une très-forte pince à dissection.

Cette fois, j'entraîne au dehors par une traction brusque et forte tout ce que j'ai saisi, au risque d'enlever une grande partie de l'iris et d'ouvrir la capsule, ce qui heureusement n'a pas lieu, les adhérences s'étant rompues. Du sang remplissant la chambre antérieure et masquant toutes les parties, je le fais sortir à plusieurs reprises et je constate qu'il n'y a plus rien qui fasse saillie à la surface de l'iris et que la tumeur a été enlevée tout entière. La tumeur est immédiatement examinée avec soin et nous reconnaissons qu'elle est formée de produits albumineux et de débris d'iris et de pigmentum enveloppant un éclat de capsule triangulaire, un peu contourné sur lui-même, long de 2 1/2 millimètres environ et large à sa base d'à peu près 2 millimètres.—L'œil du malade fut aussitôt fermé au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre et soumis à l'application de compresses d'eau glacée pendant quelques jours. Des sangsues furent appliquées plusieurs fois pour arrêter l'inflammation assez forte qui s'était déclarée, en même temps que quelques purgatifs furent conseillés. Après quinze jours, l'œil était dans les meilleures conditions possibles; le malade en voyait à peine assez pour se conduire, mais il n'en souffrait plus. Depuis cette époque, la névralgie n'a plus reparu et M. Deschamps a repris ses occupations.

Obs. III. — Madame Leroy, 36 ans, demeurant à Paris, passage Saint-Guillaume, n° 6, vient à ma clinique le 11 décembre 1846. — Elle me raconte qu'elle travaillait à coudre dans sa chambre le 8 du même mois, quand elle se sentit blessée tout à coup à l'œil droit par l'éclat d'une capsule que des jeunes gens placés à 2 mètres avaient écrasée sous un marteau. La douleur fut à peine sentie; pourtant elle éprouva un éblouissement assez prolongé et crut nécessaire de se laver l'œil avec de l'eau fraîche. Une heure après, elle reprit son travail, dormit bien la nuit suivante, et recommença à travailler le lendemain, mais elle fit la remarque que s'il lui arrivait de lever les yeux rapidement elle voyait passer ou des éclairs ou de grandes taches rougeâtres. Vers la moitié du même jour, ces phénomènes augmentant, elle fut obligée d'abandonner son travail et prit quelques bains de pieds, et un purgatif le lendemain.

Quand je la vis pour la première fois et que j'eus écouté son récit, j'examinai l'œil et n'y trouvai d'abord qu'une *décoloration manifeste de l'iris* sans immobilité de la pupille, et, du côté externe, au-dessous du muscle droit, à environ 6 millimètres de la cornée, une petite ecchymose qui, en partie résorbée, permettait de voir une blessure de la conjonctive et une autre petite blessure de la sclérotique au-dessous de la première.

Le corps étranger avait-il pénétré dans l'œil, et y était-il resté ? Pour avoir un éclaircissement de plus, je pris un stylet et, après avoir traversé la conjonctive, je le dirigeai dans les lèvres de la plaie scléroticale qu'il traversa aussi sans aucune difficulté. Cette expérience démontrait clairement que le corps étranger avait pénétré dans l'œil, mais elle ne prouvait pas qu'il y fût resté. Le stylet fut alors mis de côté et la pupille fut examinée avec le plus grand soin. On n'y put rien découvrir d'abord ; mais avec de la persévérance, ne doutant pas que le corps étranger ne fût dans l'œil, j'ordonnai à la malade de diriger son œil rapidement dans tous les sens pendant que je l'examinais, et je reconnus tout à coup quelque chose de brillant au fond de la chambre postérieure, qui avait passé devant mon œil comme un éclair, et qui avait aussitôt disparu. Je répétai alors l'expérience, et après beaucoup de temps et beaucoup de difficultés je parvins à reconnaître de la manière la plus certaine que l'éclat de capsule était positivement dans l'œil, qu'il se déplaçait dans les mouvements étendus de l'organe, et qu'il traînait à sa suite une sorte de queue blanchâtre qui lui donnait l'aspect d'un petit cerf-volant, mais sur la nature de laquelle je ne pouvais avoir aucune idée arrêtée. La malade ne voyait presque plus de l'œil blessé et n'hésitait pas à laisser faire tout ce que je jugerais convenable. Après lui avoir fait comprendre toute la gravité de sa blessure et toutes les difficultés que je rencontrerais pour extraire le corps étranger, l'impossibilité dans laquelle je serais, peut-être, d'arriver à ce résultat, je me mis à réfléchir sur la manière dont j'essayerais de la débarrasser. Je résolus de ponctionner la sclérotique un peu au-dessus de l'endroit où elle avait été blessée, d'introduire des pinces dans l'œil et d'essayer de saisir le corps étranger. Tout cela fut fait ; mais le corps étranger disparaissait derrière la pupille et derrière le cristallin, qu'il ne fallait pas blesser, toutes les fois que l'œil était immobile. Si j'ordonnais un mouvement, une pince introduite dans l'œil en limitait l'étendue, et, au moment où je ne pouvais m'y attendre, la capsule de métal passait, tantôt à portée de ma pince, entre les branches ouvertes, tantôt dans un point trop éloigné, et m'échappait toujours. Je pris alors le parti de saisir au passage cette sorte de queue blanchâtre qui pendait après le corps étranger et qui lui donnait très-exactement l'aspect d'un cerf-volant, et j'eus raison, car je n'aurais certainement pas pu l'enlever sans cela. Après bien des tentatives inutiles, je parvins enfin à la saisir entre les branches de la pince, qui furent tenues fermées, puis, faisant tourner l'instrument sur son axe, j'enroulai toute cette queue blanchâtre jusqu'à ce que le corps étranger ramené peu à peu, et couché sur les branches de la pince qui purent s'ouvrir sur lui, fût saisi et entraîné au dehors. C'était bien un éclat de capsule métallique à peu près quadrilatère, courbé un peu sur lui-même, long de 4 millimètres, et large de 2 environ. Quant à la queue blanchâtre que je parvins à saisir la première, c'était une exsudation albumineuse déjà assez résistante.

La malade fut soumise immédiatement à l'usage des compresses glacées sur

l'œil ; la diète et le repos au lit lui furent prescrits. Elle ne ressentit pas de douleurs dans l'œil opéré, mais je reconnus que le fond de la chambre postérieure se remplissait d'une exsudation jaunâtre considérable, au devant de laquelle on voyait se balancer le corps vitré ramolli et diminué de volume, par le fait même de l'opération, et dans l'intérieur duquel on voyait de nombreux petits filaments albumineux opaques semblables à ceux qui s'étaient attachés au corps étranger. Rien ne put arrêter les progrès de cette exsudation; la saignée, les sangsues, le calomel demeurèrent absolument inutiles, et, après le cinquième jour, le fond de l'organe ressemblait presque à un encéphaloïde de la rétine. — Le 13 janvier 1847, cette exsudation avait pris une teinte plus blanche, plus mate, et la vue était anéantie.— Plus tard cet œil fut frappé peu à peu d'atrophie, terminaison ordinaire des exsudations qui s'organisent dans le fond de l'œil. C'est cette terminaison par l'atrophie, à la suite d'exsudations semblables prises pour l'encéphaloïde de la rétine, qui a pu faire croire à la guérison de cette maladie sous l'influence d'un traitement altérant longtemps continué, erreur grave, mais qui justifie jusqu'à un certain point la ressemblance dans l'œil, quant à l'aspect, et à un moment donné, de ces maladies si différentes.

Obs. IV. — M. Subtil, 18 ans, terrassier, au Pecq, près Saint-Germain, est blessé à l'œil par un éclat de pierre, 4 juin 1848. La plaie, que j'examinai le 10 du même mois, est très-superficielle en apparence et refermée déjà. Sa largeur n'a pas plus de 4 centimètres ; elle est située à la partie inférieure interne de l'œil. Il n'y a rien de particulier dans la chambre antérieure qu'un hypopyon peu élevé; l'iris ne pouvait pas avoir été déchiré, cependant *il est verdâtre dans toute son étendue* et présente de nombreuses adhérences avec la capsule. Le malade n'accuse pas la moindre douleur ; il n'a éprouvé qu'une sensation désagréable au moment de la blessure et quelques instants après. Il n'y a sur la sclérotique qu'une injection modérée, la vue est presque entièrement détruite.

Une saignée du bras, des sangsues près de l'oreille et du calomel à la dose d'un grain pendant trois jours, n'améliorent pas la condition du malade, qui revient me voir le 13. Le pus a cependant un peu diminué dans la chambre antérieure et l'injection est moins forte; *l'iris est toujours très-décoloré.* Soupçonnant la présence d'un corps étranger dans l'œil et désirant d'ailleurs agir sur la pupille pour l'empêcher de se fermer, je prescris la belladone en fomentations sur l'œil et en instillations entre les paupières, et le 17 juin, je constate, en arrière de l'iris et du cristallin demeuré transparent, la présence d'un corps étranger du volume d'un grain de chènevis placé à la partie la plus déclive de l'œil et déjà en partie entouré de fausses membranes. De tous les médecins présents, aucun ne douta que ce ne fût un corps étranger, car il n'y avait pas à s'y tromper un seul instant. Mais comment cet éclat de pierre avait-il pu pénétrer en cet endroit sans laisser des traces sur l'iris et sur le cristallin ? personne ne put l'expliquer. En pareil cas, c'est la certitude et non les hypothèses qui manquent. Je n'hésitai pas à proposer au malade et à son père, qui l'accompagnait, de faire une tentative d'extraction du corps étranger. Mais ils s'y refusèrent opiniâtrément, et j'en fus réduit à continuer le traitement que j'avais commencé. Des ventouses scarifiées près de l'oreille furent plusieurs fois appliquées; l'onguent napolitain sur le front en frictions, des vésicatoires, des

purgatifs, tout échoua, et le 8 juillet, un mois après l'accident, l'œil était complétement perdu et en voie d'atrophie. A cette époque on ne voyait aucune trace de pus dans la chambre antérieure, la pupille était dilatée et immobile. *L'iris était toujours vert* et faisait saillie dans la chambre antérieure; il était évidemment doublé de fausses membranes à sa partie postérieure. En bas et en dedans, on voyait toujours le corps étranger en partie entouré de fausses membranes dans la chambre postérieure. L'œil était très-mou déjà et commençait à se dévier en dehors. Le malade ne voyait plus passer que l'ombre des objets. Un an après, le volume de l'œil était réduit de moitié.

Obs. V.— M. Marais, 35 ans, compositeur d'imprimerie, chaussée de Clignancourt, à Montmartre, m'est adressé par M. le docteur Guillemin, le 16 décembre 1847. Deux jours avant, le malade avait reçu dans l'œil droit l'éclat d'une capsule qu'il s'était amusé à écraser entre deux marteaux. Une saignée de quatre palettes avait été immédiatement faite ; des bains de pieds sinapisés et des fomentations d'eau froide avaient été prescrits. La tête étant encore pesante le lendemain et l'œil très-volumineux, une saignée avait été répétée et l'on avait fait sur l'œil des fomentations belladonées. Lorsque je vis le malade pour la première fois, je constatai une plaie fistuleuse de la cornée droite avec blessure de l'iris et cataracte traumatique. Le diaphragme était décoloré et verdâtre sous une grande étendue. S'il n'y avait pas eu une blessure du cristallin et une inflammation aussi vive des membranes internes de l'œil, on aurait pu croire que le corps étranger n'était pas resté dans l'œil; mais dans ce cas particulier le doute n'était malheureusement pas possible. J'aurais voulu, en agrandissant la plaie de la cornée, extraire le cristallin dans l'espérance d'entraîner le corps étranger, mais le malade souffrait horriblement et n'y consentit pas. Les saignées générales et locales et le traitement le plus sévère demeurèrent inutiles, et l'œil atteint d'un phlegmon suppura tout entier. Le 9 février suivant, l'organe était atrophié et dans des conditions convenables pour porter un œil artificiel.

II. — Microphthalmos double opéré de cataracte et de pupille artificielle.

Le microphthalmos, considéré comme un arrêt de développement du globe de l'œil, a été assez rarement observé; car en 1833, Seiler, à qui l'on doit un si beau travail sur les vices congénitaux des yeux, n'en avait réuni que 16 cas, et en 1844 on arrivait à peine à 30 ou 35 cas, en rassemblant les faits publiés par MM. d'Ammon et Jäger, et ceux plus récents de MM. Stœber et Cunier.

Le microphthalmos, de même que toutes les autres maladies, présente des degrés différents. M. Gescheidt en admet trois, qu'il rapporte aux différentes phases du développement de l'œil ; c'est la division la plus généralement admise.

Dans le premier degré, qui correspond à la période de la vie

embryonnaire où l'iris n'existe pas encore, l'*iris manque entièrement.*

Dans le deuxième degré, qui correspond à une période plus avancée de la vie fœtale, il y a un iris incomplétement développé, il y a un *colobome de l'iris.*

Dans le troisième degré, toutes les membranes oculaires se sont formées; mais l'organe, demeuré stationnaire, n'a pas suivi son développement naturel, *l'œil est trop petit.*

Le microphthalmos est très-rarement exempt de complications. Pour en donner une idée, je me bornerai à rappeler que Radius a vu dans un cas unilatéral un arrêt de développement de tout le côté correspondant de la tête, et Riecke, une monstruosité semblable, et portée si loin sur tout un côté du corps d'un jeune homme, que ce malheureux semblait être fait de deux moitiés appartenant à deux individus différents. Souvent, cependant, les complications du microphthalmos ne sont pas portées aussi loin; il est accompagné quelquefois de bec-de-lièvre simple ou compliqué, du manque de nerfs olfactifs, d'un aplatissement considérable et plus ou moins étendu de la partie antérieure de la tête, de surdi-mutité, etc. Quant à l'œil, on note toutes les complications imaginables du côté de toutes les membranes, comme aussi du côté des paupières et de l'orbite. Il faut spécialement noter ici, cependant (car je ne veux entrer dans aucun développement à cet égard), la complication du trouble de la lentille, la *cataracte.* Il est à remarquer seulement que presque toujours dans ce cas le cristallin est très-profondément situé dans l'œil, qu'il a une forme irrégulière, que l'œil est inopérable, et que parfois la lentille manque complétement, et que la tache blanche du fond de l'œil est due à autre chose qu'au trouble du cristallin.

Le microphthalmos frappe assez rarement les membres d'une même famille. Pourtant Gescheidt a vu deux frères, et Wutzer un frère et une sœur, atteints de cette maladie. On l'a vue héréditaire, mais cela est fort rare; MM. Stœber et Cunier en citent des exemples très-curieux. Dans le fait de M. Stœber, il s'agit d'une femme, née d'un père qui avait *perdu un œil* par accident, et qui avait un œil plus petit que l'autre. L'aîné de ses deux enfants, âgé de sept ans, était atteint de microphthalmie aux deux yeux, et le second, âgé de quatre ans, l'était à l'œil droit seulement. Les faits de M. Cunier ne sont pas moins curieux; dans l'un c'est un garçon de douze ans atteint de microphthalmie double, avec strabisme convergent

qu'il opère, et dont la mère était microphthalmique d'un œil seulement ; dans l'autre, il s'agit de faits de microphthalmie unie à la surdi-mutité que M. Cunier rapporte en ces termes :

« Une femme née d'une mère microphthalmique, mais ayant les deux yeux parfaitement développés, s'est unie à un homme dont la grand'mère était sourde et muette. De ce mariage sont nés cinq enfants, trois garçons et deux filles ; ces deux dernières sont affectées de microphthalmie. Chez l'une d'elles, qui est en même temps sourde et muette, il y a absence complète de l'iris ; l'autre est mariée, et un enfant qu'elle a mis au monde, il y a trois ans, est sourd et muet, en même temps qu'il est affecté de microphthalmie avec colobome de l'iris. Cette hérédité de la surdi-mutité et de la microphthalmie est bien digne de fixer l'attention. Elle vient en quelque sorte corroborer le raisonnement de M. Burggraeve, qui s'est attaché à faire ressortir l'analogie qui existe entre les imperfections innées de l'appareil de la vue et celles de l'appareil de l'ouïe (1). »

Les causes de l'arrêt de développement de l'œil sont entourées d'obscurité ; on en est réduit, de même que dans d'autres affections congénitales, à faire des rapprochements qui ne manquent pas d'intérêt, mais qui ne s'appliquent malheureusement qu'à des cas plus ou moins exceptionnels, et qui, en définitive, n'expliquent rien quant à l'origine de la maladie. On a remarqué, en effet, cette bizarre circonstance, que souvent, parmi les parents ou même les grands parents des individus nés microphthalmiques, une personne avait perdu un œil par accident ou par maladie. Ainsi, deux frères observés à Bruxelles par M. Cunier, et nés avec cette maladie, étaient accompagnés par leur père, qui avait perdu l'œil gauche quinze ans avant son mariage. D'autres faits rapportés par M. Gescheidt et par M. Stœber sont absolument semblables. Y aurait-il, dans ce cas, une cause occulte? n'y aurait-il qu'une bizarre coïncidence? C'est ce que personne, que je sache, ne saurait décider.

Le microphthalmos s'est présenté cinq fois à mon observation. Dans deux cas, il y avait colobome de l'iris. L'un des sujets était une femme qui demeure à Paris, rue des Maçons-Sorbonne, et qui était atteinte en même temps de strabisme convergent ; l'autre, un garçon de dix ans. Dans le troisième cas, il s'agit d'une petite fille de quatre mois, que j'ai examinée avec M. le docteur Delacroix, de Chartres, et chez laquelle l'œil avait un volume d'une incroyable petitesse, bien qu'il fût, en apparence, pourvu de toutes ses membranes. La pupille y paraissait extrêmement resserrée et si étroite, qu'il semblait que l'épingle la plus fine l'aurait à peine traversée.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

L'autre œil était sain. Dans le quatrième cas, il s'agit d'un garçon de douze ans, dont l'œil gauche, microphthalmique, est parfaitement organisé, sauf qu'il est atteint de cataracte; la pupille y est extrêmement mobile, l'iris y est bien organisé, et la rétine est très-impressionnable à la lumière. Je compte l'opérer. Le cinquième cas, semblable, sous certains points de vue, au précédent, sauf que la microphthalmie compliquée de cataracte avait atteint les deux yeux, est celui que je vais rapporter avec quelques détails sur les opérations dont il a été l'objet. Voici l'observation, à laquelle j'ai ajouté trois figures, dont l'une est le portrait un peu embelli du jeune malade; les deux autres représentent les yeux de grandeur naturelle après l'opération de la pupille artificielle.

Obs.—Le garçon Guérin, âgé de huit ans, 56, rue d'Argenteuil, à Paris, m'est présenté pour la première fois dans le mois d'août 1848.

Dans les antécédents du petit malade, que j'abrége, il n'y a d'utile à connaître que les circonstances qu'il est né avec des yeux encore plus petits, et qui se sont un peu développés; qu'il y voyait un peu, pas assez cependant pour se conduire ni pour reconnaître la plupart des objets; que, désespérée de l'état de son enfant, la mère le fit voir à un oculiste qui passait dans sa ville, et que, l'ayant fait opérer aux deux yeux d'une cataracte incomplète dont il était atteint, la vue fut entièrement abolie. Après un an et demi, la mère s'est décidée à me l'amener.

Je fais les remarques suivantes :

Les yeux sont d'un tiers environ plus petits qu'à l'état normal, et roulent incessamment dans les orbites avec une incroyable rapidité (*nystagmus*). Les paupières, quoique très-petites, sont cependant évidemment trop larges pour les yeux; car il y a un espace profond entre elles et le globe, surtout dans l'angle interne, ce qu'il faut attribuer aussi aux attaches de l'orbiculaire placées trop en avant, si l'on considère le volume si petit des bulbes. Les points lacrymaux existent aux quatre paupières, et les larmes les traversent comme à l'état normal. Lorsque l'on touche les yeux à travers les paupières, ils fuient profondément dans l'orbite, comme s'ils étaient pourvus d'un muscle pyramidal. Les cornées sont transparentes, mais un peu aplaties et très-petites; elles ont une limite sclératicale bien marquée; la gauche est assez fortement dirigée en dedans. Les iris, d'une couleur brun clair, sont fort rapprochés des cornées; pourtant il y a une chambre antérieure suffisamment grande. Il n'y a pas de colobome. Les pupilles sont immobiles et remplies de débris de cataracte. La gauche est absolument fermée par une fausse membrane. La droite présente, dans ses 7/8es internes, une large tache blanche constituée par la capsule devenue opaque et par les débris cristalliniens. Les adhérences qui se sont établies entre cette cataracte nouvelle et l'iris se présentent sous la forme de longs filaments brunâtres, pigmenteux, qui donnent à la marge pupillaire, de ce côté seulement, la forme d'un feston de dentelle noire. En dehors et en bas, il y a une lacune noire extrêmement petite, dans laquelle l'iris et la pupille sont libres, ou du moins paraissent l'être; car l'enfant ne distingue aucun objet.

La lumière impressionne l'œil très-désagréablement ; aussi roule-t-il avec rapidité sous la paupière supérieure et bientôt après dans tous les sens dès que l'enfant y est exposé.

Les membres et le corps de cet enfant sont bien conformés ; mais la tête présente en avant un aplatissement marqué. L'intelligence est très-peu active et peu développée. Le père et la mère sont bien conformés et ne connaissent personne dans leur famille qui ait eu des yeux semblables à ceux de leur enfant ; ils n'ont connu aucun borgne parmi leurs grands parents.

J'ai fait graver le portrait de ce petit malade moins pour faire voir exactement l'aspect général de sa tête que pour représenter la différence de proportion qui existe entre elle et les yeux. Malheureusement les dessinateurs ont la manie de chercher sans cesse le beau plutôt que le vrai, de sorte que dans cette figure le front est trop élevé et les yeux sont trop grands.

Fig. 1.

Pour rendre la vue à ce petit malheureux, il fallait essayer de détruire les adhérences établies entre l'iris et la cataracte fausse membraneuse secondaire. Mais il y avait là à surmonter de nombreuses difficultés, parmi lesquelles on devait noter en première ligne l'extrême petitesse du bulbe, son excessive mobilité, le nombre et la solidité des adhérences, etc.

L'opération est faite à l'aiguille le 5 août 1848 sur l'œil droit seulement. On est forcé de maintenir l'enfant sur un lit ; les paupières sont écartées au moyen de petits élévateurs, et le globe est fixé avec une pince à agrafe placée sur la conjonctive aussi près que possible de la cornée. Les adhérences ne se rompent qu'en partie et du côté externe seulement ; quelques débris de cristallin sont abaissés ou broyés. La capsule opaque reste en grande partie dans la pupille. Une certaine quantité d'humeur vitrée s'écoule le long de la tige de l'aiguille pendant l'opération, et l'œil s'injecte dans toutes ses parties. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur l'œil, et le petit opéré est soumis à la diète.

Le surlendemain, 7 août, la note suivante est prise par M. le docteur Hirschler, de Pesth :

« Il n'y a pas d'inflammation, le *malade voit tous les objets*. Les fausses » membranes et la capsule, qui n'ont pu être séparées que dans la partie externe » de l'iris, flottent encore dans la pupille, mais le nombre en est plus petit. » Cette ouverture est notablement plus grande et plus libre ; mais il y reste » toujours une très-grande partie de capsule épaissie et blanche. »

Six jours après avoir opéré l'œil droit de cette cataracte fausse membraneuse secondaire et après avoir amélioré la vue du petit malade, une opération de pupille artificielle est faite sur l'œil gauche par mon procédé de *déchirement* (1).

Je cite textuellement la note de M. Hirschler.

» L'œil gauche offre une occlusion complète de la pupille par de fausses membranes qui s'y sont développées à la suite d'une opération de cataracte suivie » d'inflammation de l'iris. Excepté l'extrême petitesse de la chambre antérieure » et une rotation continuelle du bulbe atteint de microphthalmie, il n'y a pas » d'anomalies remarquables. La perception du jour est assez prompte. M. Desmarres pratique l'opération de pupille artificielle par déchirement. Dès le » premier moment, il se présente pendant la manœuvre une extrême difficulté » due à l'enfoncement soudain du bulbe dans l'orbite chaque fois que le couteau » lancéolaire se met en contact avec la cornée. L'opérateur parvient cependant » à se rendre maître du bulbe au moyen d'une pince et après avoir vainement » employé la pique de Pamart. La section est faite du côté interne à la limite » de la cornée et de la sclérotique; la portion correspondante de l'iris est saisie, » déchirée près des adhérences, tirée au dehors et coupée. »

Le lendemain 12 août, il n'y a pas d'inflammation; on remarque qu'il y a un peu de sang dans l'œil. La pupille artificielle a une forme oblongue transversale, et est presque tout à fait nette. (*Voir* la figure 2.)

Fig. 2.

Le quatrième jour après l'opération (15 août), la vision est confuse, ce qu'on attribue d'abord au manque d'habitude de voir les objets; elle s'améliore chaque jour; mais le onzième (22 août) on s'explique parfaitement pourquoi elle demeure faible en constatant qu'il y a dans l'œil, derrière le corps vitré, une fausse membrane organisée depuis l'opération pratiquée autrefois en province sur cet œil, et, en même temps, un tremblotement léger de la rétine.

Ces modifications organiques si graves ne permettant pas d'espérer pour cet œil une amélioration suffisante, je me propose d'agrandir la pupille de l'œil droit en excisant l'iris; et un mois après l'opération de cataracte, je pratique cette opération de la manière suivante :

L'enfant étant couché sur un lit élevé, les paupières sont écartées par deux élévateurs et l'œil fixé par une pince placée sur la conjonctive, au côté interne de la cornée; cette membrane est ponctionnée en bas et en dehors avec le couteau lancéolaire coudé de Beer. La plaie, large de 4 millimètres environ, laisse facilement pénétrer dans la chambre antérieure une pince courbe dont la convexité est en rapport avec l'iris, qui est saisi à sa marge dans la partie qui est demeurée libre, et facilement entraîné et excisé.

Il résulte de la perte de substance qui est faite dans le tissu iridien une belle pupille artificielle (*Voir* la fig. 3), dont la forme est celle d'un V, à base tournée vers la circonférence de l'œil. La pupille nouvelle est bien noire, et il n'y a rien d'anormal dans le fond de l'œil. La fausse membrane secondaire a été respectée. Le pansement ordinaire est appliqué, et, deux jours après, la plaie de la cornée est si bien réunie qu'on l'enlève définitivement.

Fig. 3.

(1) Voir l'atlas du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1850.

En peu de jours l'enfant voit assez pour se conduire, et le 30 juin 1849, je m'assure qu'il apprend à lire.

Je revois le petit malade le 4 janvier 1850, et je constate que la pupille est un peu plus grande que sur la figure 3, mais que l'enfant ne sait pas lire, bien qu'il voie parfaitement les aiguilles très-fines de ma montre, et qu'il se conduise sans hésitation. Je suis certain qu'il pourrait apprendre à lire si on s'occupait convenablement de lui.

J'ai pensé que les lecteurs des *Annales d'Oculistique* trouveraient quelque intérêt à cette observation, dans laquelle un œil atteint de microphthalmos compliqué de cataracte a pu être opéré avec quelque succès; c'est pourquoi je me suis décidé à la publier.

QUELQUES OBSERVATIONS D'ABNORMITÉS CONGÉNIALES DES YEUX ET DE LEURS ANNEXES (1),

par le docteur ÉDOUARD CORNAZ, de Neuchâtel, en Suisse,

Membre titulaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier et de l'Association des médecins et des naturalistes allemands, à Paris.

Lorsque je fis paraître, en novembre 1848, une monographie sur ce sujet (2), je ne me dissimulai pas combien d'ouvrages utiles m'avaient manqué, surtout parmi ceux qui avaient paru hors de l'Allemagne : ma position dans une faculté de la Suisse allemande (Berne) ne m'avait pas même permis de mettre en réquisition nombre d'auteurs qui se sont servis de ma langue maternelle; c'est ainsi que je fus privé, entre autres, de plusieurs volumes des *Annales d'Oculistique*, qui m'eussent été cependant de la plus grande utilité. J'accepte donc avec empressement la voie de ce journal, pour publier quelques cas intéressants observés les uns par moi, le plus grand nombre par d'autres médecins, en évitant avec soin de reproduire celles qui ont été déjà mentionnées dans ces *Annales;* je me bornerai à ajouter quelques courtes notes aux faits que je rapporterai.

Quelques personnes m'ont adressé le reproche d'avoir usé d'un néologisme inutile en employant le mot *abnormités*. Il est vrai que cette expression est nouvelle en français; mais je ne

(1) Un astérisque (*) précédera dans les notes, toutes les citations d'auteurs dont j'aurai consulté le texte original.

(2) *Des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes*, Lausanne, Bridel et Paris, Germer Baillière, 1848, 8°; ouvrage analysé par M. le docteur Fallot, dans les *Annales d'Oculistique*, tome XXI (1849), pp. 95-96.

sais par quelle autre j'eusse pu rendre mon idée. En effet, l'expression *tératologie* désignant les monstruosités, elle ne pourrait convenir, par exemple, à de simples anomalies des os de l'orbite, au daltonisme, etc.; on ne peut, d'après l'acception généralement reçue du mot *anomalie*, penser à l'employer pour la cyclopie, la monopsie ou monophthalmos, etc.; les expressions *vices congéniaux*, de *formation* ou de *naissance*, ne peuvent s'appliquer à la plupart des formes que j'ai réunies sous le titre d'*anomalies physiologiques de la vue*, et le terme d'*arrêt de développement* est plus restreint encore; il est enfin de vraies *maladies congéniales*, ainsi que des états pathologiques, qui ne sont, pour ainsi dire, que le *caput mortuum* d'affections de la vie intra-utérine. Il ne me restait donc d'autre ressource que d'employer un titre long et manquant d'unité, ou d'approprier à la langue scientifique française un mot dérivé du latin, qui exprimait mon idée, et qui, d'ailleurs, est employé depuis longtemps chez nos voisins d'outre-Rhin. Quant aux ouvrages de Seiler (1), du chevalier d'Ammon (2) et à l'article de Beger (3), leurs titres pouvaient d'autant moins me servir de guides, qu'il n'était pas entré dans l'intention de leurs auteurs d'y réunir tous les états congéniaux qui s'éloignent de ce que présentent, lors de la naissance, les yeux normaux : je ne pourrais dire s'il en est de même du travail de Wilde (4), n'ayant pu jusqu'ici me procurer son ouvrage, dont l'existence m'était inconnue il n'y a que peu de jours encore; en tout cas, il a été obligé d'employer deux expressions pour rendre son idée.

1. *Anomalies artérielles.* — J'emprunte au savant ouvrage du professeur Dubrueil (5), de Montpellier, les faits suivants :

Haller nous rapporte une anomalie de l'artère lacrymale en ces termes :

« *Inter septemdecim tamen cadavera, omnino quatuor fuerunt in quibus arteria meningea, propago externae carotidis, ex praecipuo suo*

(1) * Seiler (Burkh. Wilh.). *Beobachtungen ursprünglicher Bildungsfehler u. gänzl. Mangels der Augen, u. s. w.* Dresden, 1833, in-f°.

(2) * Ammon (F.-A. von). *Klin. Darstellungen, u. s. w.* 3er Theil. *Klin. Darst. der angeborenen Krankh. des Auges u. der Augenlieder.* Berlin, 1841, in-folio.

(3) * Beger, art. *Augen* (*Bildungsfehler der*), dans le 1er volume de Schmidt's *Encyklopädie.* Leipzig, 1841.

(4) Wilde (W.-R). *An Essay upon the Malformations and congenital diseases of the organ of Sight.* Dublin, 1845, in-8°.

(5) * Dubrueil (J.-M.). *Des anomalies artérielles considérées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales.* Paris, 1847, in-8° (p. 85, Robert, 94-96, Dubrueil et Tribes, et 97, Haller).

trunco, per foramen aut per hilum in extrema fissura lacera, arteriam lacrymalem ad orbitam misit. »

Le docteur Robert a trouvé que l'artère faciale ou maxillaire externe peut fournir quelques branches de l'ophthalmique comme celles qui se rendent à l'angle interne de l'orbite, au nez ou même au front. Il est certains cas où l'artère ophthalmique, au lieu de pénétrer dans l'orbite avec le nerf optique, s'en trouve isolée et est enfermée dans un canal particulier, ou même passe par la fente sphénoïdale avec la veine ophthalmique, qui s'en trouve alors à une certaine distance et occupe son côté interne. L'artère ophthalmique s'est présentée deux fois comme un rameau de la carotide interne : une fois au docteur Tribes, dont la préparation anatomique a été déposée par le professeur Dubreuil dans le conservatoire de la Faculté de Montpellier ; l'autre observation appartient à ce dernier, qui la décrit dans les termes suivants, après avoir exposé que le sujet était une femme injectée à l'amphithéâtre de la même ville :

« La carotide interne droite avait un calibre d'un tiers au moins inférieur à celui de sa congénère. La méningée moyenne ou sphéno-épineuse offrait, à sa naissance, un développement si considérable qu'elle apparaissait comme branche de bifurcation de la maxillaire interne, l'égalant presque en volume. Après son passage dans le trou sphéno-épineux, l'artère méningée moyenne, arrivée dans le crâne, s'y divisait en deux branches, antérieure et postérieure. La première, d'une grosseur extrême, traversait un conduit osseux pratiqué sur l'angle antérieur et inférieur du pariétal, et après avoir fourni les branches normales, elle donnait le tronc de l'artère ophthalmique, dont la direction, les rapports et le mode de distribution étaient les suivants : entrée dans l'orbite par l'extrémité externe de la fente sphénoïdale, elle était au-dessus du droit externe de l'œil, près son attache interne, et émettait successivement, au niveau du bord supérieur de ce muscle, les artères lacrymale et centrale de la rétine ; plus loin elle croisait obliquement le nerf optique et fournissait l'artère surciliaire, les uvéales, iriennes et musculaires. Accolé à la partie interne de l'orbite, le vaisseau changeait de direction pour devenir horizontal, flexueux, et se porter d'arrière en avant, en longeant le bord inférieur du grand oblique, au voisinage duquel naissaient les ethmoïdales postérieure et antérieure, et les palpébrales. Au devant de l'angle rentrant que forme la paroi orbitaire supérieure avec l'interne, l'ophthalmique se terminait en se divisant en nasale et en frontale. Je ferai remarquer que les branches collatérales du tronc ophthalmique etaient numériquement les mêmes, sans qu'il y eût rien de changé à leur direction, comme si elles venaient de la carotide interne : l'anomalie n'avait lieu que d'un côté. »

Les figures 1 et 2 de la 5e planche de l'atlas du même ouvrage représentent ce fait, avec lequel le précédent offrait une grande analogie.

2. *Épicanthe.* — Il s'est présenté, il y a très-peu de temps, au dispensaire ophthalmologique du docteur Desmarres, un enfant qui offrait un épicanthe unilatéral, forme qui, à l'état congénial du moins, paraît être plus rare que le bilatéral.

J'ai vu, en Suisse, l'automne passé, une jeune fille albinos qui avait un épicanthe bilatéral ; voici, au reste, cette observation :

Obs. — Élise Dutoit, âgée de 5 ans, a les cheveux, les cils et les sourcils d'un blanc tirant sur le blond clair : sa peau n'a pas la teinte blafarde de la plupart des albinos, ses joues sont au contraire d'un beau rose ; ses iris sont d'un bleu des plus clairs, presque lilas, à bord pupillaire blanchâtre ; la pupille a un léger reflet rouge ; cette jeune fille offre de plus un épicanthe congénial double, qui recouvre de chaque côté la caroncule lacrymale, mais n'est pas assez développé pour avoir occasionné du strabisme ; c'est une belle enfant à figure ronde, dont l'esprit est très-éveillé.

Qu'il me soit permis, afin de n'avoir pas à revenir sur ce cas, de dire ici quelques mots du reste de cette famille : il existe à la tuilerie d'Oppens, village vaudois, assez voisin d'Yverdon, deux frères du nom de Dutoit, qui ont épousé deux sœurs Dubry, du même village : l'aîné eut de sa femme un fils et deux filles, tous albinos, et le cadet fut père d'un fils, actuellement mort, à la suite d'un rachitisme très-prononcé, et d'Élise, dont je viens de parler : tous deux naquirent affectés d'albinisme, mais ce vice de naissance est bien moins développé chez cette dernière que chez ses deux cousines germaines, que j'ai pu également observer. Le professeur Élie Wartmann, de Genève (1), qui a le premier parlé de cette famille leucotique, fit, il y a plus d'un an, des expériences sur ces quatre albinos (le frère d'Élise était alors trop malade pour y être soumis), et s'assura ainsi qu'ils ne sont nullement daltoniens, non plus que leurs pères et que celle des mères qui survit : on ne connaît pas l'existence d'albinos parmi les ancêtres de ces cinq enfants ; cependant, et quoique la mère d'Élise Dutoit ait des yeux gris et ne présente nulle tendance à cette affection, on serait tenté d'admettre que ce vice de naissance provenait, chez ces enfants, du côté maternel, car l'aîné des frères Dutoit, ayant perdu sa femme et s'étant remarié, a eu dès lors un petit garçon qui a les yeux et les cheveux bruns et la peau tout à fait normale.

3. *Allongement congénial de la paupière inférieure.*—Cette curieuse

(1) * *Deuxième mémoire sur le Daltonisme ou la dyschromatopsie.* Genève, 1849, in-4°, p. 42-43. (Extrait des * *Mémoires de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève.*)

forme, qui est en quelque sorte l'analogue de la blépharoptose, n'a été observée, à ma connaissance, qu'une seule fois, sur un œil dont la paupière supérieure était trop courte (lagophthalme) : c'est là une de ces compensations qu'on observe assez souvent parmi les vices de conformation, comme, par exemple, la cataracte compliquant l'iridérémie. Pellier de Quengsy (1) nous rapporte le fait en ces termes :

« M. Roux parle aussi, dans la *Gazette salutaire* de mars 1774, n° XI, d'un enfant qui avait plusieurs vices de conformation ; entre autres, dont la paupière supérieure était très-petite, mais l'inférieure, beaucoup plus grande que dans l'état naturel, suppléait au défaut de la première, en remontant autant qu'il fallait pour recouvrir entièrement le globe. »

4. *Diagnostic des tumeurs érectiles des paupières et de leur pourtour.* — Il peut paraître très-simple de reconnaître une angiectasie de la surface externe des paupières, et, quand la tumeur est congéniale, qu'un *naevus maternus* se montre sur quelque autre point du corps, qu'on croit observer plusieurs, si ce n'est tous les symptômes propres à ces affections, le doute ne semble pas possible : aussi le docteur P. Guersant a-t-il rendu un véritable service à la science en laissant insérer dans une thèse (2) de la Faculté de Paris l'observation suivante, recueillie par M. de Grusse, alors interne du service : l'importance pratique de ce fait m'engage à le reproduire ici tel que le rapporte le docteur Ch. Tiby, qui d'ailleurs a déjà abrégé l'observation :

« Une petite fille, âgée de deux ans, porte depuis sa naissance une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui présente, au moment où l'enfant est reçu à l'hôpital, 4 centimètres de largeur sur 2 de hauteur. Oblongue transversalement, elle s'étend d'un angle de l'œil à l'autre, à cheval sur la racine du nez. Unique en apparence, lisse, rosée, sans battements, d'une chaleur normale, elle ne se détache pas nettement des parties profondes auxquelles elle semble adhérente ; elle augmente de volume pendant les cris de l'enfant. Vient-on à la presser, on la trouve molle, lobulée, sans fluctuation, et l'on ne fait naître aucun phénomène nerveux, circonstance importante, comme on va le voir. Une particularité paraît propre à éclairer le diagnostic, c'est l'existence d'une autre tumeur manifestement érectile à la lèvre inférieure.

» Le crâne présente une conformation anormale ; régulier dans une grande partie de son étendue, il offre à la région frontale un rétrécissement, une sorte de dépression latérale ; rien n'indique pourtant chez cette enfant une altération

(1) * *Recueil de Mémoires et d'observations, etc.* Montpellier, 1783, in-8°, p. 437, en note.

(2) * Tiby (Charles). *Des tumeurs vasculaires désignées sous les noms de tumeurs variqueuses et de tumeurs érectiles.* Thèse de Paris, 1846, n° 84, in-4°, p. 13-14.

du mouvement ou de l'intelligence naissante. Les paupières sont œdématiées, celle du côté droit paraît même devoir être bientôt envahie par la tumeur : il faut donc agir. Incertain sur le diagnostic précis de cette affection, car elle manquait de plusieurs des caractères propres aux tumeurs érectiles, M. P. Guersant voulut s'éclairer de l'avis de ses collègues de la Société de chirurgie : il fut unanime pour une tumeur érectile. Un seul membre, après avoir soupçonné une encéphalocèle, se rangea bientôt à l'opinion commune.

» Fort de cette conviction, M. P. Guersant passa le lendemain quatre fils à travers la tumeur. Une quantité de sang assez abondante s'écoula pendant cette petite opération, à laquelle l'enfant succomba le troisième jour, après avoir offert les symptômes d'une méningite dont on ne put enrayer la marche fatale. On soupçonna dès lors la vérité.

» La tumeur examinée avec soin, on trouva dans son centre un double noyau qui communiquait de chaque côté de l'apophyse *crista galli*, par un pédicule, avec la substance cérébrale dont il offrait tous les caractères. Cette tumeur était d'ailleurs en grande partie constituée par un tissu fibro-celluleux injecté de points rouges ou purulents. »

5. *Tumeur de la conjonctive inférieure.*— Le docteur de Lew, père, dut extirper chez un enfant de 8 mois une excroissance qui occupait la partie moyenne de la conjonctive de la paupière inférieure, avait la taille d'un grain de millet et ressemblait à la caroncule lacrymale : du sommet de cette tumeur s'élevait un long poil. Avec l'extirpation disparurent la photophobie et la rougeur dont cet œil était le siége depuis la naissance. Quant à la tumeur, elle offrait beaucoup d'analogie avec une glande agglomérée et ne renfermait qu'un seul bulbe pilifère.

J'eusse pu mentionner plus haut, ce que je n'ai pas fait afin de rapprocher ces cas de celui que je viens de citer, que le docteur de Lew, fils (1), a observé deux fois, à la surface de la caroncule lacrymale, des poils tout à fait analogues à des cils ; cette caroncule présentait, chez l'un des individus en question, un volume double de celle de l'autre œil ; ce médecin voulut se borner à arracher ces poils, mais cette petite opération étant inutile, il pratiqua l'extirpation de la partie antérieure de la caroncule lacrymale.

6. *Tumeur de la cornée et de la sclérotique.*— Le même auteur (2)

(1) De Lew. *Trichiasis carunculae lacrymalis,* dans la *Med. Zeit. des Vereins f. Heilk. in Preussen,* n° 51. C'est le même auteur qui rapporte l'observation de son père ; mais je ne sais si c'est dans ce numéro de cette gazette médicale, ou dans celui que nous citerons plus loin. — J'ai emprunté ces faits à l'extrait qu'en donne le docteur Beger, dans le * *Bericht über die Leistungen der Augenheilkunde* dans Canstatt u. Eisenmann's *Jahresbericht für* 1848, t. III, Erlangen, 1848, p. 100-101.

(2) De Lew. *Trichiasis bulbi,* loc. cit., n° 49 ; analyse par * Beger, loc. cit.

a vu un jeune garçon, âgé de 15 ans, qui avait à l'angle externe de l'œil gauche une excroissance bien limitée et de la taille d'une lentille, laquelle donnait naissance à 8 poils semblables à des cils : cette tumeur était située en partie sur la cornée et en partie sur la sclérotique. On voit que cette tumeur était dans la région d'élection des tumeurs fibro-cartilagineuses congéniales de l'œil ; cependant on peut d'autant moins sûrement déterminer par là sa nature, que les sarcomes ou caroncules congéniaux occupent souvent aussi simultanément la cornée et la sclérotique, et généralement au même angle de l'œil.

7. *Opacité de la cornée.* — Il existe dans la science un assez grand nombre de faits de ce genre ; cependant le suivant mérite d'être mentionné, parce qu'il vient à l'appui d'une observation analogue de d'Ammon (1), à savoir que cette opacité congéniale, qui est un arrêt dans le développement de la cornée transparente, peut disparaître peu à peu d'elle-même. L'auteur de cette intéressante communication est le docteur P.-W. Maclagan (2) :

« La femme d'un soldat accoucha à terme d'un quatrième enfant que l'on apporta à l'auteur comme aveugle-né. Quatorze heures après sa naissance, les yeux étaient dans l'état suivant : aucune trace d'inflammation ou d'écoulement puriforme ; la cornée gauche complétement opaque ; la cornée droite opaque seulement dans les deux tiers inférieurs. (Cette opacité se terminait en quelque sorte d'une manière insensible.) L'auteur supposa d'abord que la cause de l'opacité était dans l'humeur aqueuse ; mais en plaçant l'enfant sur le côté, il s'assura que l'opacité ne se déplaçait pas. Dès lors il dut porter un pronostic défavorable ; mais il fut agréablement détrompé : quelques semaines après, le bord supérieur de l'opacité qui couvrait la cornée droite commença à s'amincir et à s'abaisser, de sorte qu'on apercevait une portion de la pupille, que l'on ne pouvait voir qu'obliquement auparavant. Trois mois après sa naissance, on reconnut que l'opacité, qui occupait la totalité de la cornée du côté gauche, commençait à diminuer supérieurement et disparaissait par degrés. A cette époque il était curieux de voir l'enfant, portant son œil instinctement en bas, lorsqu'on lui présentait quelque objet brillant, de manière à permettre à l'image de traverser la partie supérieure de la cornée. Au moment où le docteur Maclagan a perdu de vue cet enfant (au mois de mars, six mois après sa naissance), il n'y avait plus qu'une petite portion de la cornée du côté droit qui restât opaque, et la partie supérieure de la cornée gauche était assez transparente pour que l'enfant pût regarder directement devant lui ; tout faisait donc espérer que l'opacité

(1) * Ammon, op. cit., pl. 7, fig. 6, 7 et 14.

(2) *London med. Gaz.*, july 1846. — * *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XIII, février 1847, p. 233-234, et * Beger, op. cit., p. 91-92. (Je cite textuellement les *Archives générales de médecine*).

disparaîtrait entièrement, ou du moins jusqu'au point de n'apporter aucun obstacle à la vision. »

Si les médecins doivent connaître de tels faits, ils n'en doivent pas moins ne les faire entrer qu'en très-faible ligne de compte dans le pronostic qu'ils établissent dans des circonstances analogues, cette amélioration de l'opacité étant extrêmement rare.

Nous rapprocherons de cette observation intéressante un fait analogue, c'est que Withusen vit disparaître à l'âge de quatre ans des embryotoxons ou arcs fœtaux chez divers individus. Cette anomalie, nommée par les auteurs *gérontoxon congénial* ou *arc sénile de naissance*, a été observée par Wardrop chez un enfant qui venait de naître ; Forr en cite aussi un cas (1).

8. *Aniridie* ou *iridirémie complète*. — M'étant arrêté quelques jours à Lyon, le printemps passé, je pus y observer un individu dont les deux yeux présentaient cette curieuse affection de naissance : c'est l'un des deux cas décrits avec tant d'exactitude par le docteur Focachon (2) ; aussi ferai-je de nombreux emprunts à sa thèse dans la description que je vais en donner.

Obs. — Victor Lantôme, limonadier, âgé d'environ 50 ans, en 1849, demeurant anciennement à la Cour des Archers, n° 12, ayant actuellement son établissement (*Buvette provençale*) au théâtre des Célestins, à Lyon, naquit à Bourdeau, dans le département de la Drôme, de parents dont les yeux étaient bien conformés. L'aspect de cet individu offre quelque chose de frappant, même pour quiconque n'examinerait pas d'où cela provient, et c'est cet état que le docteur Focachon a comparé à celui d'un myope qui ôterait ses lunettes; il faut ajouter que les paupières sont affectées d'un clignotement continuel, et que Lantôme marche toujours la tête baissée.

(1) Faits empruntés au * *Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie* de Rognetta, Paris, 1844, 8°, p. 428, et au *Dictionnaire de méd.*, tome IX, p. 109, 2me édition. — *L'ankyloblépharon congénial* étant une affection peu fréquente, je citerai ici celui que Rognetta a observé : « J'ai vu, dit-il (pp. 693-694, de l'ou» vrage cité), une sorte d'ankyloblépharon qui n'a point été signalée par les au» teurs : c'était l'union congéniale, chez un enfant nouveau-né, des deux » muqueuses palpébrales, de manière à former au-devant de la cornée une sorte » de voile muqueux très-mobile; les deux bords palpébraux restaient éloignés » entre eux de deux à trois lignes, et tenaient ensemble par cette espèce de bande » muqueuse : un petit pertuis existait à l'angle externe par où les larmes cou» laient. Le docteur Davet, médecin à Paris, qui est venu m'appeler, a été pré» sent à la petite opération que j'ai pratiquée : j'ai fendu la bride muqueuse à » l'aide d'une petite sonde cannelée et d'un bistouri; la guérison a eu lieu; l'œil » était d'ailleurs sain. »

(2) *Focachon (Alexandre). *De l'absence congéniale et complète de l'iris.* Thèse de Strasbourg, 1840. Le professeur Pétrequin a aussi examiné plusieurs fois cet individu et son fils (* *Traité d'anat. médico-chirurg. et topographique*, Paris et Lyon, 1844, in-8°, p. 115).

Un examen plus attentif montre une aniridie ou absence complète de l'iris dans les deux yeux; en effet, ni l'œil droit, ni le gauche, ne présentent de trace du voile irien, et Lantôme, qui a souvent été montré dans la clinique du professeur Pétrequin, éprouve un certain orgueil d'être le seul homme en France qui présente cette anomalie. La pupille offre une lueur rougeâtre, toutes les fois qu'une lumière un peu vive vient frapper obliquement le fond de l'œil.

La sclérotique est d'un bleu plus foncé qu'à l'état normal, à l'œil droit surtout : l'œil gauche présente une cataracte qui ne laisse passer les rayons lumineux que par la partie inférieure de la pupille; cet œil n'aperçoit que très-confusément les objets, surtout quand ils sont éloignés; quand Lantôme est suffisamment rapproché d'eux, il est obligé de baisser la tête et de regarder en dehors pour les apercevoir. Cette cataracte existant depuis plusieurs années est remplacée à l'œil droit, d'après le docteur Focachon, par de petits corps tremblotants, qui ressemblent assez bien à des gouttelettes de mercure, dont ils ont l'éclat; ils sont continuellement en mouvement. Ces gouttelettes sont placées à l'extrémité supérieure de l'ouverture irido-pupillaire et obturent à peu près la moitié de la vision; le fond de l'œil est parfaitement noir dans la partie inférieure.

Il résulte d'essais qui ont été faits par le même médecin que les lunettes biconcaves diminuent la vision de Lantôme, que les verres concavo-convexes ne lui occasionnent aucune différence favorable ou défavorable, mais que sa vue augmente d'étendue, en même temps que les couleurs deviennent plus vives pour lui, quand on lui met des lunettes de presbyte (bi-convexes). Aussi porte-t-il actuellement des verres de cette catégorie, d'une ouverture assez petite, ce qui diminue beaucoup sa photophobie et lui permet de voir à une distance de 25 pieds environ des objets qu'il ne voit pas sans cela à celle de 3 pieds.

Victor Lantôme a les cheveux noirs, et il est très-probable qu'il appartient à une famille dont les iris sont bruns ; telle est la couleur des yeux d'un de ses enfants que j'ai vu. A l'exception de la gale, il ne paraît avoir eu que des ophthalmies assez longues et la formation de sa cataracte. Il a eu 9 enfants, et l'un d'eux, qui est mort noyé, présentait la même anomalie que son père. Né à Lyon en 1835, Jean Lantôme avait en effet une aniridie bilatérale, une pupille d'un noir mat, qui offrait un reflet d'un rouge de sang plus évident que chez son père ; au bout d'un quart d'heure d'application, il distinguait les passants d'un troisième étage : la lumière le fatiguait. Il parut au docteur Focachon qu'il avait les globes oculaires un peu trop petits, ce qui semble exister aussi à un léger degré chez son père; cependant, quoique l'iridérémie soit assez fréquente dans le microphthalmos de naissance, il ne faut pas oublier à quel point on est induit en erreur dans de telles appréciations par la grandeur démesurée de la pupille. Il est extrêmement fâcheux pour la science que l'autopsie cadavérique de ce jeune

garçon n'ait pas eu lieu ; elle eût fourni une donnée qui manque encore complétement dans l'histoire de l'iridérémie. C'est de l'ouvrage déjà cité que j'ai extrait les quelques lignes de description que j'en donne, car, lors de mon passage à Lyon, il était déjà mort. Repassant à Lyon quelques mois plus tard, je voulus revoir Lantôme père pour compléter mes notes à son sujet ; mais son établissement était fermé, et je crains bien qu'il n'ait quitté cette ville, dont il était une des curiosités, au point de vue de l'oculistique.

9. *Colobome de l'iris.* — Mon ami, le docteur Charles Marcel (1) de Lausanne, a bien voulu me communiquer une observation de ce vice de conformation, intéressante par les complications qu'elle offrait ; voici le fait :

Obs. — Le 31 mars 1849 se présenta à la policlinique du professeur Langenbeck, à Berlin, un jeune garçon de Fürstenwald, robuste et bien nourri, qui présentait les phénomènes suivants : la tête est grosse et les fontanelles sont encore ouvertes ; au travers de l'antérieure, dont les bords sont durs et calleux, s'élève une tumeur conique, haute d'un demi-pouce, recouverte de cuir chevelu distendu : l'encéphalocèle est congéniale. L'œil droit louche légèrement en dedans ; la cornée et l'iris de cet œil ont une forme ovale ; cette dernière membrane présente un colobome dirigé en bas et un peu en dedans, dont les bords sont parallèles (à en juger par un dessin que mon ami Marcel m'a aussi donné) ; les iris sont bleus. L'œil droit jouit de la vision ; cependant l'enfant a coutume de le couvrir de la main, et voit alors mieux avec le gauche que sans cette précaution. Le nez est bien conformé, mais au-dessous de cet organe il y a un bec-de-lièvre double ; l'os intermaxillaire existe encore d'une manière évidente, s'avançant plus encore que le nez, et à un pouce au-dessous de celui-ci sont deux dents qui ont une direction irrégulière en avant et chacune de son côté respectif ; les autres dents sont situées sur les os maxillaires supérieurs, qui présentent à leur bord alvéolaire une forme légèrement arquée. Il y a de plus une fissure congéniale du palais, un peu à gauche de la ligne médiane.

On sait que le bec-de-lièvre est une des complications déjà observées du colobome de l'iris ; mais l'encéphalocèle que présentait aussi le jeune garçon dont il vient d'être question est un fait nouveau dans l'histoire de ces colobomes. Il serait intéressant de savoir si cet individu ne présentait pas un hypospadias, fait déjà observé, et qui pourrait bien, dans ce cas, avoir passé inaperçu ; je me rap-

(1) Petit-fils de l'illustre professeur Mathias Mayor, de Lausanne, le docteur Marcel a eu l'heureuse idée de publier comme dissertation inaugurale une analyse critique du dernier ouvrage de son grand-père : * *De apparatu extensorio in curandis ossium fracturis*, dissertatio inauguralis quam defendet auctor Carolus Marcel, Helvetus. Berolini, 1849, in-8°. — L'observation de colobome de l'iris a été tirée des notes que le docteur Marcel a recueillies à Berlin.

pelle, par exemple, d'avoir vu à l'amphithéâtre anatomique de Berne un individu qui, affecté de cette difformité, développée à un assez haut degré, était mort dans l'un des services de l'hôpital de l'Ile, sans qu'on eût aperçu cette anomalie. Je manque absolument de données sur l'état des yeux des parents et des collatéraux de cet enfant. La direction de ce colobome a été moins fréquemment observée que le colobome inférieur proprement dit, mais elle est plus fréquente que toutes les autres ; il s'étendait jusqu'au bord ciliaire, ce qui, je crois, est toujours le cas, quand les bords sont parallèles.

10. *Polycorie.* — On ne possède pas beaucoup d'observations de ce genre, surtout si l'on en exclut, comme cela doit être, les yeux de cyclopes et la forme que j'ai désignée sous le nom de colobome à brides (1). Je trouve dans une très-bonne thèse de la Faculté de Montpellier (2) une observation peu connue de polycorie, chez un individu affecté de cataracte congéniale ; elle appartient à la paracorie (pupille accessoire), c'est-à-dire qu'une des ouvertures du voile irien occupait la place habituelle de la pupille, tandis que les autres étaient tout à fait au bord de l'iris, ce qui offre une certaine analogie avec les pupilles artificielles produites par décollement. Je n'ai pas lu d'autre fait semblable à celui-ci, tant pour cette singulière position des pupilles accessoires, que pour la complication d'une double cataracte congéniale et pour la forme particulière de l'iris.

« Pelletier (Louis), de Saint-Pierre-la-Cour (Mayenne), âgé de 25 ans, d'un tempérament sec, taille de 5 pieds, fut opéré, le 26 janvier 1825, de cataracte congéniale double. Les yeux étaient dans l'état suivant : l'iris offrait des deux côtés un vice de conformation très-sensible ; il était allongé de haut en bas, se terminant en pointe à la partie inférieure du cercle ciliaire, et présentant de chaque côté de cette pointe un espace vide, d'une ligne de largeur, à travers lequel on voyait le corps vitré. »

J'omets les autres détails qui concernent les cataractes et leur opération.

11. *Corectopie.* — Une jeune fille du canton de Fribourg (Suisse),

(1) Op. cit., p. 81.

(2) * Teilleux (Jean). *Mélange de faits pratiques sur les maladies des yeux.* Thèse de Montpellier, 1836, n° 58, in-4°. Obligé par des troubles politiques de quitter Paris avant la fin de ses examens, l'auteur dut pendant 33 ans se contenter du titre d'officier de santé, qui lui servait à exercer, d'une manière presque spéciale, la chirurgie oculaire. De là l'importance des faits renfermés dans cette thèse ; la citation que j'ai faite ici se lit à la p. 20 de ce *Mélange.*

affectée d'albinisme, m'a présenté ce vice de naissance dans les deux yeux : je communique d'autant plus volontiers cette observation, qu'elle est rendue curieuse par la parenté qui unit cette personne à sept autres albinos.

Obs. — Joséphine Chassot, de Bussy, âgée de 25 ans, est l'aînée de deux sœurs, dont l'une est blonde et l'autre brune : elle a eu à l'âge de 2 à 3 ans une ophthalmie qui a laissé une opacité de la partie inférieure de la cornée gauche (ce qui rend imparfaite la vision de cet œil), mais dont l'autre œil n'a pas gardé de traces : les pupilles paraissent rouges et sont situées en haut et en dedans de la place qu'elles devraient occuper ; les iris sont d'un lilas particulier, que j'ai observé chez plusieurs autres albinos, et ont le bord pupillaire blanchâtre. Cette jeune personne est myope et offre des balancements continuels des globes oculaires, qui donnent quelque chose de désagréable à son expression ; sa peau est très-blanche, mais les joues sont roses. Elle assure voir aussi bien à la clarté de la lune que de jour. Elle a un caractère gai et est intelligente ; elle fut à l'école à l'âge de 7 ans ; une chute qu'elle fit dans son enfance lui a occasionné une claudication de la jambe droite.

Le bisaïeul de Joséphine Chassot eut un fils et une fille : elle est la seule des descendants du premier qui soit affectée d'albinisme ; mais parmi ceux de la seconde (la femme Rey, née Chassot) il y en a eu sept : celle-ci eut deux fils, Jacques et Charles Rey, tous deux établis, comme leur père, au village fribourgeois de Montet, qui n'est qu'à une demi-lieue (environ 3 kilomètres) de Bussy : ils épousèrent deux sœurs, de la famille Chaney ; l'aîné eut, entre autres enfants, trois albinos, à savoir un fils et deux filles, dont une est morte (je n'ai pu obtenir de voir les deux survivants). Des sept fils de Charles Rey, dont cinq sont mariés, un seul, nommé Jean, engendra des albinos : il eut, en effet, trois garçons et neuf filles, et quatre de ces dernières sont affectées d'albinisme, tandis que parmi les autres de ses enfants on observe des yeux bleus et des noirs. Je décrirai d'autant moins ici les trois de ces filles albinos que j'ai examinées, que ce serait m'exposer à des répétitions inutiles ; aucune d'elles, au reste, n'offrait de corectopie. J'ajouterai seulement que les deux d'entre elles auxquelles je fis faire des essais avec diverses couleurs, les percevaient parfaitement bien ; enfin, que ces trois jeunes personnes, de même que leur cousine Chassot, ont été réglées de bonne heure, ce qui n'est pas d'accord avec ce qu'on dit généralement des femmes affectées de leucose congéniale. Il ne paraît pas qu'il y ait eu précédemment d'albinos chez les Chassot, les Rey et dans la famille Chaney, de Montet.

Nous trouvons, à l'article *Pupille* du docteur F. Ribes(1), les observations suivantes de corectopie :

« Sur un assez grand nombre de sujets, j'ai vu la pupille précisément au centre de l'iris (2), et sur un individu affecté de strabisme, j'ai trouvé la pupille de l'œil droit placée visiblement plus près de la tempe que de la racine du nez, et, chez lui, l'iris était plus large en dedans qu'en dehors. »

Le docteur Recordon, médecin de l'hospice des Aveugles à Lausanne, a eu l'obligeance de me remettre le dessin des yeux d'un individu du sexe masculin, qui vint à sa consultation du village vaudois de Bière (Suisse), et que je regrette d'autant plus de n'avoir pu visiter, que je n'ai pas obtenu d'autres renseignements à son sujet que ceux que je donne ici. Les deux iris présentent une pupille située à leur angle supérieur externe (un peu plus haut que ne l'indique cette dénomination); toutes deux se dirigent de là dans la direction du centre du voile irien, qu'elles n'atteignent pas ; celle de droite est à peu près triangulaire, sa base tournée vers le bord de l'iris, dont elle est séparée, tandis que celle de l'œil gauche est un peu plus longue, plus étroite et atteint complétement la marge irienne : chacune d'elles est beaucoup trop petite et la vision en souffre passablement : j'ignore quelle est la couleur des yeux. On voit qu'il s'agit ici d'une réunion de la corectopie avec la dyscorie, anomalie dont nous allons citer quelques autres exemples.

12. *Dyscorie.* — Voici quelques observations de ce vice de conformation, qu'on ne trouve ordinairement pas citées dans les auteurs qui se sont occupés des vices de naissance de l'œil : la première d'entre elles présente cette anomalie à l'état héréditaire, seul fait de cette nature que j'aie trouvé mentionné.

« M. Bloc expose, dans son *Traité d'observations*, un fait assez singulier. Il dit avoir vu un homme qui avait les pupilles oblongues et presque immobiles. La choroïde n'était pas noire, mais rayée de blanc et de gris. Cet homme voyait bien les objets de près. Un de ses fils avait pareillement les prunelles oblongues, mais le fond de l'œil était noir chez lui. Une de ses filles n'avait qu'une pupille oblongue. Plusieurs parents de cet homme avaient le même vice de conformation ; cependant trois de ses enfants en étaient exempts (3). »

(1) *Dict. des Sc. médic.*, t. XX, 1820. — Et dans ses * *Mémoires et obs. d'anat., de physiol. et de chirurg.* Paris, 1841, in-8°, t. I, p. 197.

(2) On sait que la pupille normale est un peu en dedans et en haut du centre du voile irien ; des cas de la nature de ceux dont il est ici question ne peuvent permettre d'employer l'expression française de « *excentricité de la pupille,* » qui n'est pas aussi générale que celle de *corectopie.*

(3) Extrait de * Pellier de Quengsy, op. cit., p. 436-437, note.

Pellier de Quengsy s'exprime comme il suit dans sa 141e observation, sur des yeux contre nature, renfermée dans la même page que la précédente :

« En 1774, dans le mois d'août, un paysan des environs de Beauvais m'amena un de ses enfants, âgé d'une quinzaine d'années, qui n'y voyait que très-confusément, en baissant toujours la tête. Je considérai attentivement ses yeux, et je fus étonné de les voir plus volumineux que dans l'état naturel, et les prunelles oblongues, et plus larges à proportion ; enfin, ces organes avaient beaucoup de ressemblance avec ceux d'un veau. »

L'auteur ajoute qu'il lui fit porter avec succès des besicles de sa construction « dont la partie antérieure était percée d'un petit trou, « qui égalait la prunelle naturelle de l'homme. » Un des yeux était moins bon que l'autre, un oculiste ayant eu l'imprudence d'en extraire le cristallin, pour lui procurer une vision normale. Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'il y avait là un double mégalophthalme ou buphthalme (œil trop grand), et que la taille de la pupille, ainsi que le remède employé pour détruire l'effet fâcheux qu'elle produisait sur la vision, rappelle la mydriasis.

« J'ai disséqué, dit Tenon (1), les yeux d'un jeune homme de quatorze ans, atteint d'humeurs froides, chez qui les prunelles, au lieu d'être rondes à l'ordinaire, étaient fendues de haut en bas. Voilà déjà une première différence. Il en est d'autres, elles sont empruntées des prunelles du cheval et du chat. »

Il est à regretter que cette description soit si courte, car il n'est pas impossible qu'il s'agisse ici d'un cas analogue à celui du docteur Tourtual (2), pour lequel j'ai proposé le nom de *colobome diamétral de l'iris* (3).

Enfin, F. Ribes (4) mentionne un fait de dyscorie, par les deux lignes suivantes : « J'ai vu une personne chez qui la pupille, au lieu d'être ronde, se présentait sous la forme d'une fente verticale. »

13. *Hétérophthalme.* — Ce nom, emprunté aux auteurs anciens, désigne deux états congéniaux différents : 1° celui où un individu a une couleur particulière à chaque œil, et celui où un seul iris présente deux moitiés colorées différemment, qu'elles soient

(1) * Tenon, *Mémoires et observations sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie*, t. I, p. 161. Paris, 1806, in-8°.

(2) Müller's *Archiv*, Bd. XIII, Hft. 4 u. 5. « *Beobachtungen am einem Auge mit einer seltener Difformität der Pupille.* » — *V.* * Schmidt's *Jahrbücher für* 1847, pp. 150-151, et * *Annales d'Oculistique*, t. XXI, pp. 254-255.

(3) Cornaz, op. cit., p. 82.

(4) F. Ribes, art. *Pupille*, dans le * *Dict. des Sc. médic.*, t. XLVI, 1820, et t. I, p. 198 de ses * *Mémoires.*

l'une à côté de l'autre, ou, comme c'est plus fréquent, l'une au-dessus de l'autre.

Obs. I.—M. Clarke, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier et fils d'un médecin établi à l'Ile de France, a un iris d'un beau bleu et l'autre d'un vert de mer; il n'y a absolument pas de trace d'une inflammation de cette membrane qui ait pu produire ce phénomène, que d'ailleurs ce jeune homme assure dater de la naissance.

Obs. II. — Un jeune garçon du village vaudois de l'Isle (Suisse) m'a offert l'autre forme d'hétérophthalme. Philippe Bernard, dit Pipiau, a la peau passablement blanche et les cheveux bruns ainsi que les sourcils; les cils de la paupière supérieure sont noirs et ceux de l'inférieure bruns; l'iris gauche est brun, et a le cercle ciliaire ou extérieur d'un brun-jaunâtre et l'intérieur ou pupillaire d'un brun plus foncé; il a de plus une petite tache d'un brun foncé à l'angle inférieur externe, dans le cercle irien extérieur; la partie supérieure du voile irien droit est brune, tandis que sa moitié inférieure est d'un gris clair bleuâtre, à l'exception de trois petits traits bruns qui sont tracés dans le sens des rayons de l'iris, mais ne dépassent point le cercle ciliaire : les deux pupilles régulières et d'un noir décidé ne présentent pas d'anomalie, non plus que les autres parties des yeux de cet individu. Ni le père, ni la mère, ni aucun de leurs autres enfants ne présentent d'hétérophthalme.

Je dirai ici, par anticipation, que le second des individus affectés de cécité nocturne congéniale, que j'ai vus à Ecublens, avait le cercle pupillaire de ses iris brun et le ciliaire ou extérieur gris. Les cas de cette nature se rapprochent des hétérophthalmes et démontrent qu'il est parfois difficile de dire si un œil doit être classé dans la série des iris gris et bleus ou dans celle des bruns et noirs.

14. *Taches congéniales de l'iris.* — On sait qu'on a prétendu lire sur l'œil de certaines personnes, non-seulement des lettres séparées, mais même des noms, par exemple celui de Charles XII et celui de Napoléon ; voici ce que nous dit de ce dernier fait le docteur Giraldès (1), actuellement professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

« Il y a quelques années que j'ai vu à l'hôpital de la Charité une jeune fille qu'on disait porter les mots *Napoléon Empereur* inscrits sur ses yeux; c'était tout simplement une de ces combinaisons bizarres qui, à l'aide d'un désir bien complaisant, vous permettait d'y trouver cette inscription. »

Tenon (2) a fait figurer le cas suivant, qui lui avait été procuré par son peintre en émail et dont il ne dit que ces mots :

(1) * Giraldès (Joachim-Albin). *Études anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil, considéré chez l'homme et dans quelques animaux.* (Thèse de Paris.) Paris, 1836, in-4°, p. 30.

(2) * Tenon, op. cit., pl. 2, fig. 18, et p. 469. — La fig. 1 de la même planche

« Sur l'iris d'un fond bleu sont des traits blancs, les uns droits comme certains chiffres : un autre de la forme de la lettre T majuscule, un autre encore de celle de l'V consonne. »

J'ajouterai quelques détails à cette courte description : une de ces taches blanches, située presque à la partie supérieure de l'iris, a, en effet, la forme d'un T majuscule renversé ⊥ ; on y voit aussi deux taches imitant un V, une quatrième, analogue à ces dernières, mais du sommet de l'angle de laquelle part une perpendiculaire qui sépare le V en deux moitiés situées l'une à droite et l'autre à gauche de cette ligne droite ; il y a en outre huit lignes plus ou moins droites, et quelques taches ponctuées et plus ou moins de blanc existent autour de la pupille.

On sait que l'on a donné le nom de *taches de rouille* à celles qui occupent le voile irien ; l'observation précédente nous donne un exemple de taches congéniales blanches de cette membrane ; je crois pouvoir rapporter à la même catégorie la 8e figure de la même planche de Tenon, représentant un iris brun offrant des lignes blanches, de formes hiéroglyphiques, sur la nature desquelles l'auteur ne s'explique point, se bornant à dire (p. 466) : « Sur l'iris sont des formes blanches entrelacées de couleur brune. »

15. *Albinisme* ou *leucose congéniale.* — J'ai eu, jusqu'ici, l'occasion de voir dix personnes affectées d'albinisme total, et une chez laquelle cet état était imparfait. Cette dernière était un douanier de la capitainerie de Frontignan (Hérault), nommé Pierre Faurcavalé, né en 1814 dans le département de l'Ariége. Il a un teint brun, qui permet de voir d'autant mieux les taches blanches répandues sur tout son corps ; sa chevelure noire et sa barbe présentent non-seulement des cheveux et des poils complétement blancs, mais d'autres qui sont mi-noirs et mi-blancs, et dont je possède des échantillons : quant aux iris, on peut dire qu'ils ne prennent point part à l'albinisme ; cependant, quoique généralement bruns, tous deux offrent à leur partie inférieure une teinte verdâtre bien distincte, mais passant insensiblement à la couleur générale du reste du voile irien, ce qui distingue nettement cet état de l'hétérophthalme de Bernard, dont j'ai parlé plus haut. On peut être d'autant plus sûr que cet état est congénial, qu'on regarda, dans la localité où

représente une pupille artificielle opérée chez un aveugle-né ; mais ni le texte (p. 466), ni le dessin, ne font connaître s'il s'agit d'une persistance de la membrane pupillaire ou de Wachendorff sur un œil affectéde dyscorie, si c'est une vraie acorie (voile irien imperforé), ou enfin une synizesis congéniale.

naquit Faurcavalé, ces taches comme des envies de lait, suites d'un désir de la mère pendant sa grossesse: ce douanier a une sœur jumelle qui n'offre point d'anomalie analogue.

J'ai dit quelques mots, dans un précédent travail (1), d'un jeune albinos que j'ai vu à Berne, dans l'asile des Aveugles, et j'ai parlé plus haut, sous la rubrique *Épicanthe,* et à l'occasion de la *corectopie,* de deux familles dans lesquelles il y a eu plusieurs collatéraux affectés d'albinisme, sans qu'on se rappelle avoir observé cette affection congéniale chez quelqu'un des ancêtres. Il en était de même d'une jeune enfant, que j'ai observée à Montpellier, et dont je ne donne pas la description, afin de ne pas trop prolonger cet article; mais il existe au hameau de Mancive, dans la commune vaudoise de Servion, près Mézières (Suisse), deux jeunes femmes chez lesquelles j'ai pu constater que l'albinisme provenait d'une de leurs ancêtres; je donnerai donc brièvement la description de celle d'entre elles que j'ai vue, pour mentionner ensuite cette descendance intéressante.

Obs. —La femme Pache, née Gilliéron (Jeanne-Louise), de Servion, âgée de 25 ans, a pour mari un agriculteur dont les cheveux sont noirs et les yeux bruns; elle est mère d'un enfant de deux ans, qui a les yeux d'un brun clair, sans distinction dans la coloration des cercles iriens, et les cheveux d'un blond clair, à peine plus foncés que ne le sont ceux de sa mère à la fin de l'été. En effet, comme celle-ci s'expose pendant les chaleurs à l'ardeur du soleil, et que, souvent, elle ne met pas de chapeau, sa chevelure prend une teinte blonde assez décidée dans toutes les parties exposées à la lumière, tandis que la racine des cheveux, et ceux d'entre ceux-ci qui sont situés plus profondément dans sa coiffure, conservent une couleur d'un blanc légèrement blond, qui est la teinte qu'ils offrent tous à la fin de l'hiver; la même cause colore assez vivement de rose ses bras, ses joues et son nez, sans lui avoir jamais occasionné d'affections cutanées. Ses iris sont d'un gris extrêmement clair, sans bandes rayonnantes blanches, mais ont, entre les deux cercles, une ligne irrégulièrement circulaire d'un blanc jaunâtre; quand on regarde l'iris au grand jour, il paraît plus transparent, ce qui lui donne une nuance rosée caractéristique qu'il serait difficile de décrire: la pupille, d'un noir à reflet rougeâtre à l'ombre, a une teinte rouge assez décidée quand on l'examine à la lumière, circonstance dans laquelle elle se contracte beaucoup. Balancement des yeux dans le sens du plus grand diamètre de la fente palpébrale. Elle doit rapprocher de ses yeux tout ce qu'elle veut lire; elle distingue bien les couleurs. Elle n'a pas la faculté de distinguer mieux ou même aussi bien les objets à la lueur de la lune que de jour. Photophobe pendant les premières années de sa vie, et beaucoup plus blanche qu'à présent, elle vit peu à peu son état s'approcher de celui qu'elle offre actuellement; la première apparition des catamènes eut lieu chez elle à l'âge de douze ans et demi. — Il paraît

(1) Cornaz, op. cit., pp. 108, 111 et 114.

que sa cousine germaine, Suzanne Devaux, née Gilliéron, offre les mêmes phénomènes qu'elle, mais elle est affectée d'un degré un peu plus élevé d'albinisme. Quoi qu'il en soit à ce sujet, l'arrière-grand'mère ou bisaïeule de ces deux cousines était de la famille Gilliéron (de Ferlens, village voisin d'Oppens), et doit avoir eu la peau très-blanche et sujette à de fréquentes affections morbides, les cheveux blancs et les yeux en proie à des oscillations perpétuelles. Ses deux petits-fils, Daniel et Baptiste Gilliéron, d'Oppens, étaient normaux, ainsi que leurs femmes; chacun d'eux eut deux filles, l'une affectée d'albinisme et l'autre exempte de ce vice de naissance (ces deux dernières sont mortes en bas âge). La femme Devaux n'a pas d'enfants.

16. *Cécité nocturne.* — Le docteur Recordon, de Lausanne, oculiste distingué, ayant eu l'obligeance de me faire part de l'existence d'individus affectés de ce vice de naissance dans le village vaudois d'Ecublens (Suisse), je m'y rendis avec mon ami, le docteur Marcel. Sur quinze enfants qu'ont eus les époux Grand, qui habitent Ecublens, et dont neuf vivent encore, trois sont héméralopes. Louis Grand, l'aîné des neuf enfants, âgé de 25 ans, a les cheveux d'un châtain foncé, les iris gris, et l'ouïe très-dure; pendant le jour ses pupilles sont un peu plus dilatées qu'à l'état normal. Ce n'est qu'à l'âge de 6 ans qu'on se douta qu'il ne voyait point pendant la nuit, phénomène qui existe à un si haut degré qu'il lui serait impossible de se rendre alors à Saint-Sulpice, village voisin dont il connaît parfaitement la route : sa vue, pendant le jour, est assez étendue; en tout cas, il est loin d'être myope. Il est d'ailleurs grand et maigre, et a une intelligence un peu obtuse. — Séparée de Louis par un second frère et par l'aînée des filles, qui ont une vue normale, Isaline Grand, jeune fille d'un habitus scrofuleux, offre des iris bruns à bord ciliaire gris, et des pupilles plus grandes encore que celles de Louis; ses cheveux sont bruns; elle paraît être moins aveugle que son frère pendant la nuit : d'après une communication orale du docteur Recordon, ses pupilles augmenteraient beaucoup de volume pendant le crépuscule, moment où elle verrait mieux que pendant le jour, pour tomber ensuite dans un degré assez développé de cécité pendant la nuit. Ce fait paraît tenir à de la myopie qui complique son état. — Louise Grand, qui est, si je ne me trompe, l'avant-dernier des neuf enfants vivants, a la chevelure brune ainsi que les iris. Par sa vue longue et par le degré de cécité dont elle est affectée pendant la nuit, elle se rapproche de son frère Louis, mais elle entend bien et jouit d'un caractère enjoué et d'une intelligence normale. La mobilité de ses iris est régulière. — Aucun des parents de ces trois enfants ne paraît avoir présenté ce vice de nais-

sance. — Je n'ai malheureusement pas pu observer de nuit ces héméralopes.

Il existe dans le canton de Vaud (Suisse) une famille Simon qui offre des caractères analogues : le docteur Recordon connaît l'existence de quelques-uns de ses membres a Aubonne, à Yens et à Morges. — Un individu du sexe masculin, habitant Boudry (canton de Neuchâtel), passe aussi pour perdre la vue à la tombée de la nuit.

17. *Dyschromatopsie* ou *daltonisme polychromatique*. — Voici trois observations de cette curieuse affection, que j'ai prises sur trois individus du sexe masculin, tous trois Français :

Obs. I. — M. Prosper-Antoine M***, originaire du département des Vosges et fixé à Montpellier, est âgé de 42 ans : il a les cheveux et la barbe d'un brun-roux, les iris d'un bleu grisâtre avec leurs cercles pupillaires un peu plus jaunâtres que l'extérieur. Il avait dans son enfance beaucoup de goût pour la peinture, dont il prenait des leçons, sans que son maître parût aussi satisfait de lui que son zèle l'eût mérité : devant un jour peindre une rose, dont le modèle lui était commun avec un de ses camarades, il ne comprit pas trop pourquoi celui-ci délayait du bleu sur sa palette ; il en fit néanmoins de même, et ayant, comme son condisciple, usé de cette couleur pour rendre les ombres de sa rose, il fut très-étonné des louanges que son maître lui prodigua pour la première fois : c'est à dater de ce jour qu'il eut une idée de son état, qu'il masque généralement assez bien, en s'abstenant de se prononcer sur les couleurs qu'il confond.

Les erreurs les plus saillantes que commette M. M***, c'est de confondre entre eux le vert clair, les bruns très-clairs (café au lait, tourterelle), le rose, le gris clair ; puis, d'un autre côté, les verts et les bruns plus foncés, le rouge sale et divers rouges faux, les gris plus foncés. Voici, au reste, les données que j'ai pu obtenir des essais auxquels je l'ai soumis; le premier nom de couleur est le nom réel, ceux qui suivent et en sont séparés par un trait sont ceux qu'il m'a indiqués :

Blanc. — Blanc (excepté un blanc sale, qu'il prit pour la couleur du nankin).

Jaune. — Jaune. (Il l'a reconnu dans toutes ses nuances.)

Bleu. — Bleu. (Il l'a reconnu également dans toutes ses nuances, sauf un bleu faux, pris à du papier d'emballage ; il ne pouvait affirmer si c'était du violet ou du bleu ; il reconnaît également l'indigo.)

Rouge. — Généralement bien nommé quand il est bien franc ; dès qu'il tire sur le rose, sur la couleur lie-de-vin, M. M*** le confond avec les diverses teintes qu'il prend pour le vert clair ou pour le vert foncé.

Orangé. — Il est toujours resté indécis s'il voyait du rouge ou du jaune.

Brun clair et vert clair. — Café au lait, tourterelle, vert, rose, lilas, gris.

Rose. — Gris, lilas, rose.

Brun foncé et vert foncé. — Gris, vert, rouge sale, bois, brun cuivré.

Vert très-foncé. — Ardoise, noir.

Lilas. — Je lui en ai montré trois échantillons, un lilas type, le second bleuâtre et le dernier tirant sur le rose: il a toujours indiqué avec précision la couleur lilas.

Violet. — Violet, teinte de rouge, bleu ou noir : ces deux derniers noms seulement quand le violet est foncé.

Gris. — Gris, vert, brun.

Noir. — Noir bleuâtre, noir.

Ces diverses indications montreront combien il est difficile d'arriver à préciser les erreurs que commet un daltonien ; dans presque tous les cas, en effet, il applique plusieurs noms à des couleurs pour des objets dans lesquels il n'en voit qu'une seule. Ce que le cas de M. M*** présente de très-intéressant, c'est que le lilas ait été reconnu, ce qui est en désaccord avec tous les autres faits observés (1). On peut indiquer comme généralement ou toujours reconnues les couleurs suivantes : blanc, jaune, rouge franc, bleu franc; on pourrait peut-être y ajouter l'orangé, qui est la seule couleur où M. M*** ait été indécis entre le rouge et le jaune, ce qui a eu lieu à chaque essai avec, des échantillons divers. Il paraît que les couleurs très-foncées, du moins le vert, le violet et le noir sont peu distinctes les unes des autres pour lui. Je regrette de n'avoir pas eu le temps de faire une seconde série d'essais à la lumière artificielle, d'autant plus que M. M*** y a mis une complaisance remarquable.

M. M*** n'avait que dix ans quand il perdit son père ; il sait cependant que celui-ci avait de bons yeux, tandis que de ses deux frères, l'un était myope et l'autre louchait ; quant à sa mère, elle voyait bien les couleurs. M. M*** n'a eu que des sœurs, au nombre de quatre, et une d'entre elles, qui n'habite pas Montpellier, est aussi affectée de daltonisme, sans que son frère ait pu me donner des renseignements précis à son sujet. Dans la parenté de M. M*** se trouve un haut fonctionnaire public, qui paraît présenter des mouvements continuels des yeux (nystagme?). Les deux fils et les deux filles de M. M*** voient bien les couleurs, ainsi que leur mère ; souvent même ils doivent redresser les erreurs que commet leur père, qui s'occupe de sciences naturelles et est souvent embarrassé quand il trouve certaines couleurs mentionnées dans la caractéristique des objets de ses collections.

Les deux autres daltoniens dont j'ai à parler sont fils d'une même

(1) « Le lilas peut servir, dit le professeur * Élie Wartmann (op. cit., p. 32), « à l'exclusion de toute autre couleur, pour décider de l'état de vision d'une per- « sonne quelconque. » — Les deux mémoires du savant professeur de physique de l'Académie de Genève sont ce qu'on a de plus complet et surtout de plus consciencieux sur le daltonisme (achromatopsie et dyschromatopsie) : tous deux se trouvent dans les * *Mémoires de la société de physique et d'histoire naturelle de Genève ;* il y a aussi une 2e édition du premier dans la * *Bibliothèque universelle de Genève.*

mère, mais proviennent de deux mariages successifs. Leur dyschromatopsie offre beaucoup de ressemblance; toutefois ils ne voient pas complétement l'un comme l'autre; je n'en veux pour preuve que ce fait, que le plus jeune rit aux éclats d'un nom de couleur que son frère avait attribué à un échantillon que je lui montrais.

Leur mère eut de son premier mari, qui était Français, trois enfants; il n'en reste qu'un qui est daltonien; mais je ne sais si les deux autres l'ont été ou non. Du second mariage de cette dame française (avec un Suisse) il est né deux fils et une fille : l'aîné des fils et la fille voient bien les couleurs, ainsi que leur père et leur mère : il ne paraît pas qu'il y ait eu de daltoniens dans la famille de celle-ci, quoique cette anomalie dans la perception des couleurs provienne, suivant toute probabilité, de son côté. Ce fait rappelle les albinos d'Oppens, dont j'ai parlé à propos de l'épicanthe. J'ai mis à l'épreuve la patience de ces deux daltoniens par une série d'épreuves et je suis arrivé aux résultats suivants :

Obs. II. — J.-J., l'aîné de ces jeunes gens, âgé d'environ 20 ans, a les iris d'un brun grisâtre clair; l'œil gauche présente sur cette membrane une grande tache brune occupant tout le tiers supérieur du voile irien; il a la peau blanche et les cheveux châtains. Il est né à Paris et sert dans un régiment de cavalerie, ce que je mentionne, parce qu'il reconnaît parfois l'orangé en le comparant avec les parements de son uniforme.

Dans le tableau qui suit, la seconde colonne marque le nom qu'il donne aux couleurs réelles, désignées dans la première colonne; la dernière colonne indique le nom qu'il donne à ces couleurs lorsqu'elles sont éclairées par une lumière artificielle.

Blanc.	Blanc.	Blanc, ou rose.
Rose clair.	Lilas clair, bleu clair, gris clair.	Lilas, bleu.
Rose foncé.	Rose foncé.	Douteux.
Lilas.	Rose, lilas, bleu clair.	Rose, bleu.
Bleu clair.	Bleu.	Bleu cendré.
Bleu foncé.	Bleu foncé.	Bleu foncé.
Indigo.	Indigo.	Indigo.
Violet clair (1).	Lilas bleuâtre.	Rose.
Violet foncé.	Indigo.	Vert, noir, douteux.
Jaune clair et jaune foncé.	Il les a toujours reconnus, sauf un jaune d'ocre, légèrement blanchâtre, dont il ne sut dire si c'était vert ou café au lait.	Toujours reconnu, excepté un jaune brunâtre qu'il prit pour de l'orangé.

(1) C'était un violet faux tirant sur le rose. — Même remarque pour son frère.

Orangé clair et orangé foncé.	Rouge. (Quelquefois il reconnaît cette couleur par comparaison; mais livré à lui-même il la juge le plus souvent vermillon.)	Comme de jour.
Rouge clair et rouge foncé.	Rouge, vert, brun. (Il prit un rose rougeâtre clair pour une teinte verdâtre, des couleurs analogues foncées pour du violet foncé et pour du bleu foncé.)	Rouge, vert, brun. (Le rose rougeâtre clair lui paraît gris, et les couleurs foncées de même nature, une fois blanches et une fois violettes, mais précisément chaque fois celle à laquelle il avait donné l'autre nom de jour.)
Brun clair et brun foncé.	Rouge, vert, gris sale. (Les bruns jaunâtres, analogues à la couleur de la moutarde, lui paraissent jaune citron ou rouge clair.)	Vermillon, orange foncé, gris, vert, rouge clair.
Vert clair.	Gris, vert clair, vert foncé (!), violet, rouge clair, brun rouge (?).	Gris, rose, vert-clair, brun, bleu.
Vert foncé.	Marron, rouge foncé, vert foncé, noir mat.	Brun foncé, bleu, brun.
Gris.	Gris, vert.	Lilas, gris, vert.
Noir.	Noir, rouge, grenat foncé, brun.	Noir, grenat foncé, indigo.

Obs. III. — A.-G., né à Meudon près Versailles, est âgé d'une quinzaine d'années, et a également les yeux et les cheveux bruns. Un frère de son père voulut lui donner des leçons de peinture, mais il dut bientôt y renoncer, à cause des confusions perpétuelles de son neveu.

Blanc.	Blanc.	Blanc.
Rose clair.	Bleu clair, vert clair.	Bleu, rose.
Rose foncé.	Rose.	Vert.
Lilas.	Bleu clair, lilas ou rouge, vert (c'était un lilas tirant sur le rose.)	Bleu.
Bleu clair.	Blanc, rose, bleu (le plus souvent).	Rose, bleu gris.
Bleu foncé.	Bleu, bleu foncé.	Bleu.
Indigo.	Indigo.	Indigo.
Violet clair.	Rose.	Lilas.
Violet foncé.	Indigo. (Un violet rougeâtre lui parut vert.)	Vert, noir, bleu (ce dernier était rougeâtre!).

Jaune clair et jaune foncé.	Jaune. (Un jaune un peu brunâtre lui parut vert ; deux autres plus brunâtres, l'un vert et l'autre vert ou rouge.)	Jaune,
Orangé clair et orangé foncé.	Rouge, vert, rouge tirant sur le vert.	Rouge verm., orangé foncé.
Rouge clair et rouge foncé.	Vert, vert ou rouge, rouge. (Les teintes intermédiaires entre le rouge et le rose lui parurent, l'une grise, une autre rose sale et une troisième d'un bleu foncé.)	Vert, rouge, brun-marron. (Les rouges rosés lui semblèrent verts.)
Brun clair et brun foncé.	Vert, rouge, rouge écarlate.	Vert, rouge, rouge ou vert.
Vert clair.	Rouge clair, vert, et même jaune clair et blanc sale.	Gris, vert, rose, blanc sale, rose ou blanc sale.
Vert foncé.	Vert, rouge sale.	Gris, vert.
Gris.	Gris, vert.	Gris, vert.
Noir.	Noir, vert foncé.	Noir, brun.

On verra facilement qu'il est difficile d'établir la liste des couleurs identiques pour ces deux frères ; je ferai remarquer, pour montrer combien les daltoniens s'attachent souvent à des signes tirés du relief pour distinguer les couleurs, que A.-G. (Obs. III) m'indiqua un noir sous le nom de « moiré, » m'assurant qu'il avait entendu donner ce nom à une robe de sa mère ; il est vrai que le papier que je lui montrais présentait du moiré dans sa structure. Je dirai cependant que ces deux cas me paraissent offrir beaucoup d'analogie avec le précédent, dont ils seraient un degré plus élevé ; en effet les jaunes francs, le blanc pur, les bleus foncés, et, chose bien remarquable (1), l'indigo, sont des couleurs qu'ils distinguent ; mais les rouges, les bruns, les verts et les gris ne leur semblent former que diverses nuances d'une même couleur, à la teinte claire de laquelle il faut sans doute ajouter le rose clair, le bleu clair, le lilas, le violet très-clair, tandis que l'orangé et le rose foncé seraient plus foncés. Quelques couleurs très-foncées, par exemple, le violet foncé et le noir, sembleraient leur offrir au moins beaucoup d'analogie. Tous deux m'indiquèrent comme identiques trois des couleurs qui se

(1) *Voyez* * E. Wartmann, op. cit., p. 32.

trouvaient sur une même page du livre avec lequel je faisais mes essais, à savoir un vert foncé, un brun faux tirant sur le violet et un rouge lie-de-vin, je ferai aussi la remarque qu'une autre fois tous deux m'indiquèrent, à la lumière artificielle, deux verts d'une autre page comme d'une même couleur, seulement l'aîné les appelait bleus, et A.-G. verts. Dans la plupart des cas ils ont de la peine à se décider à donner un nom aux couleurs qu'on leur présente.

18. *Microphthalme.*— L'observation de dyscorie, que nous a transmise Pellier de Quengsy et que j'ai rapportée plus haut (10), a été prise sur un individu affecté de *mégalophthalme* ou *buphthalme.* J'ai dernièrement vu au dispensaire ophthalmologique de M. le docteur Desmarres un jeune garçon affecté de microphthalme congénial, chez lequel cet habile oculiste avait pratiqué avec succès l'opération de la pupille artificielle ; comme M. le docteur Desmarres en donne actuellement une description très-détaillée, qu'il a bien voulu nous lire à sa clinique, je me borne à mentionner ce cas. Je vais reproduire ici une autre observation de microphthalme, qui paraît être congénial, et dont je dois les détails au docteur Albert de Gräfe (1), de Berlin, qui a présenté au mois de décembre 1849 cet individu à l'Association des médecins et des naturalistes allemands à Paris : j'ai extrait l'observation du docteur de Gräfe et les détails qui surgirent pendant la discussion qui eut lieu, du livre des comptes-rendus de cette société savante.

Obs. — X***, du sexe masculin, a reçu, dans son enfance, une poignée de sable dans les yeux, et eut ensuite de cet accident, pendant plusieurs jours, de la rougeur et de la douleur à l'œil gauche ; mais il ne peut se rappeler s'il avait vu antérieurement, et moins encore si son œil était déjà auparavant plus petit que l'autre. Quoi qu'il en soit, il est affecté d'amaurose de l'œil gauche, qui est beaucoup trop petit, et cela à peu près d'un tiers de son volume; néanmoins les divers axes oculaires ont conservé leurs rapports respectifs, la surface est régulièrement sphérique et ne présente pas de dépression dans la direction des muscles droits; on peut, par la pression du doigt, faire rentrer davantage cet œil dans son orbite que cela n'a lieu à droite ; en même temps on trouve une consistance moins forte. Tous les mouvements volontaires de l'œil peuvent avoir lieu, mais ils sont accompagnés d'un nystagme, auquel tous les muscles du globe de l'œil prennent part. Quand on fait fixer l'œil droit sur un objet, on remarque que le gauche louche en dehors. — La cornée a sa transparence et sa courbure normales; mais la chambre antérieure est un peu agrandie dans sa portion infé-

(1) Fils du célèbre professeur Charles-Ferdinand de Gräfe, l'un des deux fondateurs du *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde,* à la rédaction duquel il a pris part jusqu'à sa mort.

rieure aux dépens de l'iris : l'humeur aqueuse est transparente et l'iris, plus clair que celui de l'autre œil, a une teinte verdâtre et balance d'avant en arrière quand l'œil fait des mouvements brusques. Dans sa partie supérieure, la pupille est normale, mais elle forme un angle dans sa moitié inférieure, et ne réagit, quand on l'expose à des changements de lumière, que conjointement avec celle de l'autre côté. On remarque derrière l'iris un petit corps arrondi, dont la partie antérieure adhère avec le bord inférieur de la pupille, et a la forme et le volume d'un cristallin qui s'est resserré par la résorption, et dont la capsule serait unie à l'iris par de fausses membranes. Le fond de l'œil paraît jaunâtre quand on le regarde sous un certain jour. La lumière ne produit aucune sensation sur cet œil.

Le docteur de Gräfe considère cet état comme un arrêt de développement de l'œil dans son ensemble et du cristallin (*cataracta agenetica*), de la membrane hyaloïde, du pigment, et peut-être aussi de la rétine. L'opacité et le resserrement du cristallin tiendraient dans ce cas à ce que la capsule ne se serait pas complétement fermée, ce qu'une exsudation irienne aurait produit plus tard. L'ectopie du système cristallin dépendrait d'une formation défectueuse de la zonule de Zinn et de la fosse hyaloïdienne ; le ramollissement du corps vitré, d'une anomalie dans la membrane hyaloïde ; la couleur claire de l'iris et de la choroïde, d'un manque de pigmentum. La cécité peut avoir en outre pour cause un développement fautif de la rétine.

Dans la discussion qui eut lieu, un médecin grec, le docteur Naoum, envisagea l'état de cet œil comme la suite d'une violente inflammation, à la suite de laquelle l'œil se serait atrophié. Un autre membre, le docteur Roth, admit qu'ensuite d'un état pathologique postérieur à la naissance, l'œil avait conservé le volume qu'il présentait à un certain âge de l'enfance.

Le docteur de Gräfe fit remarquer que les yeux atrophiés à la suite de violences extérieures perdent généralement de leur sphéricité et cèdent à la pression qu'exercent sur eux les muscles ; la cornée, dans un tel cas, n'aurait guère pu conserver sa transparence : il rappela quelle violence est nécessaire pour produire une luxation du cristallin ; quant aux exsudations de l'iris, c'est un phénomène ordinaire dans la « *cataracta agenetica,* » qui se trouve fermée de cette manière : ce que le docteur Roth avance au sujet de cet arrêt de développement de l'œil pendant la vie extra-utérine, n'a jamais été observé.

En résumant la discussion, le docteur de Gräfe convint qu'il n'y avait pas possibilité d'arriver à une preuve évidente du moment

auquel avait pris naissance cette atrophie ; que pour lui, il la croit congéniale pour les raisons qu'il a exprimées. —La société congédia le malade, en lui recommandant de ne pas se soumettre à une opération, ce qui lui avait été proposé ailleurs.

19.—*Cyclopie.* Guérin, de Lyon (1), rapporte plusieurs observations de cyclopie ; deux d'entre elles sont de Borrichius (2), et sont données sans détails; la troisième est celle de Colomb : la petite fille qu'il observa n'avait qu'un gros œil à la partie moyenne inférieure du front; on y distinguait deux cornées, deux iris et deux prunelles, mais un seul cristallin, un seul corps vitré, et un seul nerf optique; les quatre paupières, séparées les unes des autres, formaient quatre angles égaux, un supérieur, un inférieur et deux latéraux. Ce cas remarquable rentre dans la troisième des catégories du professeur Vrolik.

Un des cyclopes les plus récents que j'aie à mentionner naquit en 1848 à Rouen : voici ce qu'en a dit un journal de cette ville (3) :

« Une femme qui faisait ses couches à l'hospice a mis au monde un cyclope. Ce monstre, qui paraît être venu à terme et dont le corps était régulièrement conformé, n'avait qu'un seul œil placé au milieu du front, pas de nez et une bouche dont les lèvres étaient épaisses comme celles d'un nègre. Le reste de la tête était bien modelé, les oreilles peu prononcées et le crâne couvert de petits cheveux qui se trouvent ordinairement sur les nouveau-nés. Il est inutile d'ajouter qu'une fois sorti du sein maternel, ce phénomène a cessé de vivre. M. Joli-Vigreux, sculpteur, a moulé sur la nature le buste de cet enfant pour les naturalistes et les curieux. »

Quelque incomplète que soit cette description, je l'ai reproduite textuellement, afin de ne pas laisser perdre pour la science ce fait inscrit dans un journal qui n'est pas à la portée de la plupart des personnes qui pourraient faire des recherches sur la tératologie.

20. *Anophthalmos.*—C'est encore à Tenon (4) que j'emprunte ce cas

(1) * *Traité sur les maladies des yeux.* Lyon, 1769, in-12, pp. 176-177, en note.

(2) *Journal de Copenhague,* vol. I, obs. 93, p. 182.

(3) *Mémorial de Rouen.*— * *Journal des Débats politiques et littéraires,* 29 décembre 1848.

(4) * Op. cit., pp. 117-123, p. 470 et pl. 3, fig. 1-2. — On trouve dans mes pages toutes les observations de cet ouvrage que j'ai pu utiliser, excepté une que je ne ferai que mentionner ici, et qui s'y trouve consignée aux pp. 121-123, 471-472, et figurée dans la pl. 3. Il s'agit d'une hypertrophie congéniale du cerveau, qui présentait un manque de la plupart des parois du crâne, et un accroissement considérable des yeux et de leurs orbites : ce serait donc, au point de vue qui nous occupe, un cas de mégalophthalme. Au reste, cet auteur ne donne

BOSTON MEDICAL
APR 3 1922
LIBRARY

intéressant. Il s'agit d'un enfant né à terme d'une femme détenue dans les prisons de la Salpêtrière, et qui mourut dès sa naissance. Il n'avait ni yeux, ni nez ; une seule fente, située au bas du front, semblait avoir été une ébauche des deux orbites ; « elle était, » dit Tenon, « fort étroite et anguleuse à ses deux extrémités, un peu » plus large en devant, vers le milieu rétrécie et presque sans pro- » fondeur en arrière, tapissée d'un repli de la peau devenu comme » membraneux. » Le front était trop élevé ; la fontanelle n'était point ouverte, comme dans un cas analogue de Bartholinus (1). L'apophyse nazale de l'os frontal présentait un prolongement cutané « en forme de roupie de dinde, » qui pendait jusqu'à la lèvre supérieure. On trouvera dans l'ouvrage de Tenon divers autres détails qu'il donne au sujet des parties molles et du squelette. J'ajouterai seulement que tout le crâne était rétréci, et qu'il existait une orbite unique, ce qui rapproche beaucoup ce fait de quelques cyclopes, dont les yeux sont recouverts par la peau ; la trompe nasale qui pendait au-devant de cette ouverture contribue beaucoup aussi à établir ce rapprochement.

Avant de terminer ce mémoire, qu'il m'eût été facile de prolonger beaucoup en rapportant un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs, je crois utile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur quelques-uns des faits que j'ai cités, ce que je ferais le plus brièvement possible pour ne pas abuser de la patience de mes lecteurs.

1. L'artère ophthalmique peut constituer un rameau de la carotide interne.

2. L'épicanthe peut exister chez des albinos.

3. On a vu un allongement congénial de la paupière inférieure remédier à un lagophthalme de naissance.

4. Un encéphalocèle de la région inter-orbitaire peut simuler une tumeur érectile.

5. La conjonctive palpébrale peut présenter une tumeur d'où sortent des poils, phénomène qu'il est beaucoup plus fréquent d'observer à la surface antérieure du globe de l'œil ; quant au développement congénial des longs poils sur la caroncule lacrymale, ce n'est qu'une exagération de l'état normal.

presque pas de renseignements au sujet des yeux de ce monstre. L'ouvrage de Tenon étant devenu assez rare, et les faits qu'il renferme ayant une grande valeur pour l'ophthalmologie, j'ai pensé qu'il serait utile de reproduire ici en détail les faits de ses mémoires qui se rapportent à mon sujet.

(1) * *Centuria tertia, Histor.* 47.

6. La guérison spontanée des opacités congéniales de la cornée n'est pas un fait isolé dans les annales de la science.

7. L'embryotoxon peut présenter le même phénomène.

8. Une nouvelle complication du colobome de l'iris est l'encéphalocèle.

9. L'iris peut avoir une forme allongée de haut en bas, et se terminer en pointe à sa partie inférieure.

10. Des pupilles peuvent exister tout à fait au bord de l'iris, ce qui imite assez bien la pupille artificielle opérée par décollement.

11. Le nom d'excentricité de la pupille ne peut être regardé comme complétement synonyme du mot corectopie, puisqu'une pupille parfaitement centrale est une anomalie.

12. La corectopie et la dyscorie sont fréquemment unies dans un même œil; la dernière peut aussi se rapprocher beaucoup d'une variété du colobome et de la vraie mégalocorie (pupille trop grande).

13. La dyscorie congéniale peut être héréditaire.

14. Les deux cercles iridiens peuvent offrir deux couleurs bien tranchées, ce qui pourrait passer pour une forme d'hétérophthalme.

15. Il y a des taches congéniales de l'iris qui sont blanches.

16. L'albinisme peut se produire simultanément dans diverses branches d'une même famille.

17. L'albinisme peut se reproduire d'un bisaïeul à ses arrière-petits-enfants sans s'être montré chez aucun des autres membres de la famille.

18. La présence d'albinisme sur l'un des deux jumeaux n'est point nécessairement liée à l'existence de la même affection chez le second.

19. Dans l'albinisme partiel, on rencontre des cheveux et des poils mi-normaux et mi-blancs,

20. Il paraît qu'il existe des daltoniens qui ne méconnaissent pas l'indigo et d'autres qui reconnaissent le lilas.

21. Il est très-difficile d'indiquer clairement le système de couleurs d'un daltonien donné.

22. Il n'est pas constant que les daltoniens d'une même famille voient toutes les couleurs de même; cependant ils présenteraient au moins beaucoup d'analogie sous ce rapport.

23. Il est des cas où l'on ne peut guère établir avec toute sécurité si un microphthalme est réellement congénial.

24. Certains cas de cyclopie présentent deux paupières latérales, une supérieure et une inférieure.

25. Certains anophthalmes et la forme de la cyclopie dans laquelle le rudiment d'œil unique est recouvert par la peau, présentent la plus grande analogie.

Je dois, en terminant, exprimer le vœu que les quelques faits d'abnormités congéniales que je viens de rassembler puissent engager plusieurs de mes confrères à publier les nombreuses observations de ce genre qu'ils puisent dans leur nombreuse clientèle; c'est l'unique moyen de faire que cette branche de l'ophthalmologie se complète de plus en plus.

DE L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE DANS L'ARMÉE PORTUGAISE;

par le docteur FLORENT CUNIER.

Les régiments anglais qui ont occupé le Portugal, à l'époque des guerres de la Péninsule, souffraient de l'ophthalmie qu'ils avaient contractée les uns sur les bords du Nil, les autres à Gibraltar, en Sicile, etc., où elle avait été importée par les corps revenus d'Égypte. Adams affirme, dans sa *Lettre à Gräfe* (1), que la maladie s'étendit bientôt aux troupes et aux habitants du pays, avec lesquels les soldats anglais entretinrent les rapports les plus intimes.

D'un autre côté, le major De Boer, qui a été embarqué à Surinam, en 1803, comme prisonnier de guerre, à bord d'un navire anglais qui avait servi à transporter en Europe les malades de l'armée d'Égypte, et dont l'équipage était infecté d'ophthalmie, rapporte, dans une lettre à M. le docteur Gouzée (2), que le mal ne tarda pas à se manifester parmi ses cinq cents et quelques compagnons d'infortune, qui en furent presque tous atteints; un grand nombre avaient perdu la vue lorsque, après six semaines de mer, le bâtiment fut jeté à la côte de Portugal, le 28 décembre 1803.

« Les prisonniers qui survécurent à ce naufrage, dit M. De Boer, furent dirigés sur Lisbonne, et les sous-officiers et soldats furent logés dans un couvent de Capucins. L'ophthalmie continua ses ravages, et au bout de deux mois, plusieurs moines de ce couvent... gagnèrent eux-mêmes la maladie... »

(1) *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde* et *Bibliothèque ophthalmologique* de Guillié, p. 148.

(2) Voir Fallot et Varlez, *Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans quelques garnisons de l'armée des Pays-Bas*. Bruxelles, 1829, pp. 126-127.

Cette relation se trouve confirmée par une note communiquée à Van Onsenoort (1) par M. le docteur Croissant, chirurgien-major de l'armée hollandaise, qui faisait partie du transport. M. Croissant désigne le couvent de *San Francisco,* à Lisbonne, comme le lieu qui a servi de refuge aux prisonniers hollandais. Il ajoute :

« Plusieurs médecins et chirurgiens de Lisbonne (entre autres le docteur Alexandre, médecin français, qui avait pris part à l'expédition d'Égypte, sous les drapeaux anglais, et y avait fait une connaissance intime avec cette maladie) considérèrent notre ophthalmie comme identiquement la même que celle qui règne en Orient. »

Lorsque, en 1838, M. Hairion fit paraître ses *Considérations pratiques et Recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge,* il consigna en *post-scriptum,* à la page 102 de cet ouvrage, une note conçue en ces termes :

« Une ophthalmie purulente règne endémiquement depuis de nombreuses années à la *Casa Pia*, maison des Orphelins, à Lisbonne. Ce fait m'a été communiqué par M. Moacho, de Campo Maior (Portugal), médecin-chirurgien de l'école de médecine de Lisbonne et docteur en médecine de l'Université de Louvain. Ce médecin distingué, qui pendant plusieurs années a été témoin de cette déplorable maladie, et qui a vu à l'hôpital militaire de Louvain l'ophthalmie de notre armée, m'a assuré que ces deux affections ont entre elles la plus parfaite identité. — On reconnaît à l'ophthalmie de la *Casa Pia* des propriétés contagieuses ; elle se transmet par *infection miasmatique* et *par le transport direct du pus sur une conjonctive saine;* les objets contaminés jouissent aussi, comme le fait suivant paraît le prouver, de la propriété de transmettre la maladie :

« En 1836, la *Casa Pia,* située au *Campo de Santa Anna,* fut transférée au couvent des Jéromites à Belem. Six mois après, un régiment arrivé à Lisbonne pour y tenir garnison, ayant été caserné dans l'ancienne maison des Orphelins, plusieurs militaires furent pris d'une ophthalmie purulente des plus graves ; on constata l'identité de cette affection avec celle qui avait désolé la *Casa Pia.* »

M. Hairion terminait en faisant connaître qu'il attendait « *de plus longs détails* » sur la communication de M. Moacho.

Il est probable que le professeur de Louvain n'a jamais reçu les renseignements qui lui ont été promis ; du moins, il n'a pas jugé convenable, jusqu'à ce jour, de les consigner dans l'une ou l'autre de ses publications.

Le grand nombre d'étudiants et de médecins portugais qui vien-

(1) *Handboek der Oogziekten en Gebreken.* Amsterdam, 1839, vol. I, pp. 216-217, note.

nent séjourner en Belgique, surtout depuis une dizaine d'années, m'a fourni l'occasion de m'enquérir de ce qu'avaient été l'ophthalmie des orphelins de la *Casa Pia* et celle du régiment qui avait occupé ce local. Je n'ai rencontré personne qui pût me renseigner à ce sujet. Désireux d'éclairer ce fait, que je croyais devoir mentionner et commenter dans mon *Histoire de l'ophthalmie* dite *militaire* ou *contagieuse*, je rédigeai une série de questions que je remis aux Portugais qui avaient suivi ma clinique et qui me paraissaient avoir fait assez bonne connaissance avec notre ophthalmie. Ma tentative ne fut guère heureuse. Elle eut pour tout résultat une lettre de M. Joaquim de Azevedo, qui me mandait, en 1846, qu'il s'était adressé à plusieurs médecins civils et militaires, à Lisbonne, et que tous ignoraient que l'ophthalmie eût régné à la *Casa Pia*, soit parmi les orphelins, soit parmi les troupes qui y avaient été casernées en 1836 ; mais on lui avait affirmé que la légion belge qui faisait partie de l'expédition de don Pedro avait envoyé plusieurs ophthalmiques dans les hôpitaux, pendant son séjour en Portugal ; à l'époque où M. de Azevedo m'écrivait, il rencontrait fréquemment dans les rues de Lisbonne un malheureux soldat belge, presque complétement aveugle, qui n'avait pas voulu être renvoyé en Belgique, comme le lui avait offert le gouvernement portugais. Cet homme « avait » l'œil droit détruit ; il portait à gauche un albugo avec vascularisation de la cornée ; ses conjonctives palpébrales étaient le siége » de granulations volumineuses. »

En 1846, M. le docteur Eschricht entreprit un voyage scientifique en Égypte, en Turquie, en Afrique, en Espagne et en Portugal, où il a passé plusieurs mois, en 1846-47 ; je le priai de recueillir, si c'était possible, des renseignements sur l'ophthalmie qui avait régné parmi les troupes anglaises, pendant le séjour qu'elles avaient fait dans ce pays, et sur sa propagation tant aux troupes portugaises qu'aux habitants. Dans une note qu'il me transmit et dont il a déjà été fait mention dans ces *Annales* (vol. XIX, p. 178), M. Eschricht m'informa qu'il n'avait réussi à recueillir, au sujet de la question dont je l'avais prié de s'occuper, que des données absolument dénuées d'intérêt scientifique ; que toutefois, en ce qui regardait l'ophthalmie de la *Casa Pia*, il considérait comme exacte la relation fournie à M. Hairion par le docteur Moacho ; mais il refusait d'admettre que l'infection des locaux fût la cause du développement de l'ophthalmie parmi les soldats qui avaient succédé aux orphelins. Ces deux faits lui paraissaient d'autant moins éton-

nants, qu'il avait rencontré l'ophthalmie granuleuse dans plusieurs localités du Portugal ; il avait vu, dans la province de Beira surtout, de nombreux aveugles chez lesquels la perte de la vision lui paraissait évidemment être la suite de cette maladie, dont étaient atteintes çà et là des familles entières ; il avait constaté l'existence du mal chez quelques soldats d'infanterie et d'artillerie, en traitement à l'hôpital militaire, à Alves. Il émettait l'avis que l'ophthalmie contagieuse était endémique dans quelques localités de l'Espagne et du Portugal, depuis l'époque de la domination more, et que son importation dans ce dernier royaume avait fréquemment lieu par les équipages des bâtiments faisant le commerce avec l'Afrique, et en particulier avec le Maroc.

M. De Condé, dans ses considérations historiques sur l'ophthalmie en Espagne et en Portugal (*Annales d'Oculistique*, vol. XIX, pp. 176-192), a discuté et rejeté l'origine arabe-moresque invoquée par M. Eschricht. Selon M. De Condé, si l'ophthalmie granuleuse règne dans les villes maritimes du Portugal, si on la rencontre aussi dans d'autres localités de ce royaume, cela doit tenir :

1° A ce que le mal n'a pu manquer d'y être introduit à la suite des relations fréquentes qui existent entre le Portugal et ses colonies d'Afrique, où l'ophthalmie contagieuse est endémique ;

2° A ce que les troupes anglaises, qui étaient en proie à cette affection, l'auront très-probablement communiquée aux régiments portugais, à l'époque des guerres de l'empire.

Notre confrère invoque les raisons les plus valables pour démontrer que l'armée française, qui a envahi le Portugal sous la conduite de Junot, en 1807, n'a pu y porter l'infection ophthalmique.

« Il n'en fut pas de même, ajoute-t-il, de l'armée anglaise qui intervint dans ce pays, et dont l'action amena le départ des Français. La composition toute spéciale de cette armée, c'est-à-dire *de* 5,000 *hommes de la garnison de Gibraltar,* où l'ophthalmie s'était endémisée dès 1801, et d'*une dizaine de mille hommes extraits des garnisons de la Sicile,* où elle sévissait également, et dont faisaient partie plusieurs régiments ayant fait la campagne d'Égypte, entre autres le 42e et le 50e régiments (1), fait déjà pressentir que l'importation a dû se faire d'autant plus aisément que les troupes anglaises furent encore en proie à la maladie en Portugal même (2). Si nous

(1) John Jones. *Histoire de la guerre d'Espagne et de Portugal pendant les années* 1807 *à* 1813.

(2) Adams. Lettre à Graefe.

ajoutons maintenant que les Anglais y furent reçus en amis, qu'ils firent un long séjour à Lisbonne et dans d'autres villes, à Leiria, Coïmbre, Aveiro, etc., et cantonnèrent en 1810 dans la province de Beira ; que *vers* 1810 *les soldats portugais furent mêlés aux soldats anglais dans la proportion d'un bataillon portugais sur deux bataillons anglais,* et parcoururent ainsi réunis une grande partie de la surface du Portugal pendant les années 1810 et 1811, logés souvent ensemble, traités dans les mêmes infirmeries, les mêmes ambulances, on sera tout disposé à admettre que la communication de l'ophthalmie a indubitablement dû se faire des uns aux autres; comme cela a toujours eu lieu, en pareil cas, soit à Gibraltar, soit à Malte, en Angleterre, en Sicile, en Italie, etc., etc. — Cette ophthalmie, communiquée çà et là aux Portugais, aura régné sporadiquement d'abord, et d'une manière presque inaperçue pour des médecins qui ne la connaissaient pas encore, et ne se sera montrée que plus tard à l'état épidémique, à l'occasion de concentrations de troupes ou dans les agglomérations d'hommes et d'enfants, et de préférence dans les lieux principalement occupés précédemment par les Anglais, ou parmi les populations qui avaient eu avec eux le plus de relations intimes. »

M. De Condé trouve que le fait relatif à la *Casa Pia,* rapporté par M. Hairion, justifie l'avis qu'il émet. « Si beaucoup de faits analo-
» gues n'ont pas été signalés pour le Portugal, dit-il en terminant,
» je crois que cela tient à ce que nous ignorons ce qui s'y passe, ou
» à ce qu'il ne s'y trouve point d'hommes qui nous transmettent
» exactement le résultat de leurs observations. »

La notice de M. De Condé, publiée dans la livraison de mai et juin 1848 des *Annales d'Oculistique,* était à peine connue qu'un médecin brésilien s'en empara. Dans le courant du mois d'août de la même année, M. le docteur José Mendes da Cunha faisait paraître sa *Relation d'un voyage médical en Hollande, en Belgique et en France;* après avoir reproduit, pp. 75-79, ce que M. De Condé a écrit sur l'ophthalmie en Portugal, il s'exprime ainsi :

« Ce que j'ai vu de l'ophthalmie contagieuse au Brésil, les notions exactes que j'ai acquises sur cette maladie en suivant la clinique de M. le docteur Florent Cunier, à Bruxelles, les investigations auxquelles je me suis récemment livré à Lisbonne, à Oporto et dans quelques villes du Portugal, m'ont permis de reconnaître le fondement des prévisions de M. le docteur De Condé. L'ophthalmie granuleuse existe bien réellement en Portugal ; son siége, ses caractères distinctifs sont bien les mêmes que ceux que j'avais vus au Brésil et dont je n'ai réellement compris la valeur et l'importance que depuis ma venue en Belgique et le séjour que j'y ai fait. Je ferai seulement observer qu'on ne l'y a jamais vue régner épidémiquement, et que partout, mes demandes à ce sujet, de même que mes remarques au sujet de la présence de granulations vésiculeuses sur les conjonctives de personnes qui prétendaient ne pas souffrir ou qui avaient souffert des yeux et ne ressentaient pas de gêne, ont partout été accueillies avec étonnement par les praticiens. C'est à Madère que j'ai rencontré le plus de cas

de cette espèce ; cette fréquence me paraît trouver son explication dans les rapports incessants qui existent entre cette île et l'empire de Maroc, et particulièrement la ville de Mogador, où les maux d'yeux ne sont pas moins communs qu'en Égypte. Malgré le soin extrême que j'ai pris d'interroger tout le monde, il m'a été impossible de rien apprendre qui fût de nature à justifier ou à détruire les suppositions de M. De Condé sur l'origine anglaise qu'il attribue à l'importation de l'ophthalmie contagieuse en Portugal, où, je le répète, elle ne se manifeste que çà et là, et où il ne m'a pas été permis de recueillir de faits notables de propagation, autres que ceux observés à la *Casa Pia*, et dans un couvent de femmes aujourd'hui supprimé. »

L'an dernier, un journal de médecine espagnol, le *Boletin de Medicina, Cirujia y Farmacia*, publia une courte notice sur une *conjonctivite qui avait régné épidémiquement parmi les réfugiés espagnols internés à Villa de Cascaes*, bourg distant de quelques lieues de Lisbonne. L'analyse de cette notice, publiée par M. Fallot dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XXI, p. 85, ne permet pas de croire que l'ophthalmie de Cascaes ait été l'ophthalmie contagieuse.

J'ai voulu montrer, par l'exposé qui précède, que s'il est vrai que l'on se soit préoccupé, dans ces dernières années, de l'existence en Portugal d'une ophthalmie offrant la même nature et les mêmes caractères que la nôtre, rien de précis ou de concluant n'a cependant encore été produit à cet égard.

La question paraît devoir enfin être définitivement éclairée par l'apparition, dans le régiment des Grenadiers de la Reine, à Lisbonne, d'une ophthalmie qui y sévit depuis le mois de mai dernier. Cette maladie a été l'objet de deux rapports qui ont été insérés dans le journal officiel du gouvernement portugais, le *Diario do Governo*, du 22 décembre 1849; je vais mettre la traduction de ces deux documents sous les yeux du lecteur ; je les ferai suivre de l'exposition de l'avis que j'ai été appelé à émettre à leur occasion.

I — Rapport adressé à S. E. M. Libanio Constantino ALVES DO VALLE, Président du Conseil de santé de l'armée portugaise, sur l'ophthalmie qui règne dans le régiment des Grenadiers de la Reine, a Lisbonne ; par MM. João-Baptista MOREIRA, chirurgien-major du régiment des Grenadiers de la Reine, et Antonio-José MONTEIRO DE SEIXAS, chirurgien-major du 1er régiment d'artillerie.

« Excellence ,

» Nous avons visité avec la plus grande attention le quartier des Grenadiers de la Reine, dans le but de rechercher les causes pro-

bables de la maladie qui, depuis quelques mois, affecte un grand nombre d'hommes de ce corps ; nous venons aujourd'hui soumettre à Votre Excellence le résultat de nos investigations.

» Une conjonctivite catarrhale a attaqué depuis le mois de mai dernier plus de 100 hommes de ce régiment. Cette conjonctivite n'a été intense que dans quelques cas ; mais, chez la plupart des malades, elle a été d'une longue durée et s'est montrée extrêmement rebelle aux différents traitements qui lui ont été opposés.

» Cette maladie ne nous semble ni *épidémique* ni *contagieuse :* nous ne lui trouvons donc pas d'analogie avec l'ophthalmie qui a sévi dans diverses armées de l'Europe, et qui exerce, depuis plus de 30 ans, des ravages immenses en Belgique, tant dans l'armée que dans la population civile. C'est là une distinction qu'il importe beaucoup d'établir ; parce que si le traitement indiqué est le même, il n'y a cependant pas concordance dans le pronostic, et moins encore dans les mesures à adopter pour en éteindre le germe.

» En effet, l'opinion presque généralement répandue en Belgique est que l'ophthalmie qui règne dans ce pays a été importée de l'Égypte par les armées française et anglaise, dans les rangs desquelles ont servi plus tard un grand nombre de Belges, qui, en rentrant dans leur patrie, y rapportèrent, comme une récompense de leurs fatigues, un présent des plus funestes, qui a fini par devenir un véritable fléau. On peut dire que des écrits, en quelque sorte innombrables, ont été publiés en Belgique, sur la contagiosité ou la non-contagiosité du mal, de même que sur le meilleur traitement à adopter.

» L'Inspecteur général du service sanitaire de l'armée belge, M. Vleminckx, ayant manifesté le désir que les capacités de son pays fussent consultées, une commission de médecins civils et militaires fut réunie, et M. Jüngken, professeur à l'Université de Berlin et ophthalmologue distingué, prit part à ses travaux, qui n'avancèrent que peu ou point la question ; il est permis d'affirmer, au contraire, que la communication de l'ophthalmie à la classe civile fut en grande partie la conséquence de l'exécution de l'une des mesures proposées par cette commission. En Belgique est aussi apparu, à cette occasion, un fameux charlatan, dépositaire de la pommade de la veuve Farnier, et le ministre de la guerre livra quelques malades aux soins de cet homme, sans autre résultat que d'avoir à déplorer sa crédulité.

» Aujourd'hui, sans que l'on puisse toutefois considérer comme

éteinte cette maladie à laquelle est encore en proie une partie considérable de la population de la Belgique, les médecins les plus notables de ce pays sont d'accord sur les points les plus essentiels, ce qui est dû, en grande partie, aux travaux des officiers de santé de l'armée.

» Nous ne pouvons pas assigner à notre ophthalmie une semblable origine. Quelles qu'aient été ses causes premières, il nous paraît hors de doute qu'elle ne résulte pas de l'importation. Nous n'avons pas non plus observé un seul des faits innombrables qui, en Belgique, ont levé tous les doutes à l'égard de la contagion ; enfin, la marche de la maladie est différente. Par ces divers motifs, nous croyons pouvoir affirmer, sans crainte de nous tromper, qu'il n'y a pas d'analogie entre notre ophthalmie et l'ophthalmie belge. Obligés de laisser de côté la contagion et l'importation, nous devons chercher ailleurs les causes de la maladie.

» C'est au printemps que la conjonctivite qui nous occupe a commencé à régner dans le régiment des Grenadiers de la Reine, et cette saison de l'année est la plus propice au développement d'une maladie de cette nature. Il serait difficile d'en découvrir la cause première ; mais comme cette maladie s'est manifestée à la même époque chez un grand nombre de personnes de Lisbonne, il ne nous semble pas hors de raison de l'attribuer aux influences météorologiques qui ont régné alors. La maladie étant née et s'étant développée jusqu'à un certain point, il est facile, selon nous, d'expliquer sa persistance dans le régiment des Grenadiers de la Reine.

» En effet, Excellence, les logements de certaines compagnies de ce régiment ne jouissent pas de toute la ventilation nécessaire ; ils sont extrêmement humides et ne reçoivent qu'une faible quantité de lumière ; la porte de quelques chambrées s'ouvre immédiatement à l'air libre, qui y détermine souvent des courants très-forts, qui rendent plus sensible la différence de température et de lumière. Ces quartiers offrent, en outre, une circonstance tout à fait contraire aux bonnes lois de l'hygiène. Le plancher de l'étage inférieur repose immédiatement sur des poutres et du gravier qu'on y a interposé pour absorber l'humidité. Or, cette disposition, qui a semblé si favorable, est la plus mauvaise que l'on puisse imaginer, dans le cas où le contact des matières végétales peut avoir lieu ; car, lorsque les substances hygrométriques parviennent à être saturées, elles déterminent facilement une combustion lente des substances animales et végétales qui se trouvent en contact avec elles. C'est ce

qui explique la putréfaction constatée dernièrement sur quelques-unes des planches et des poutres. En ajoutant à ces causes d'insalubrité l'altération que doit nécessairement contracter l'air par l'effet de la respiration de trente hommes, chiffre ordinaire des soldats d'une chambrée pendant sept ou huit heures successives, et par le produit de leurs émanations, que la qualité de l'alimentation rend plus abondantes et plus nuisibles, nous pensons que personne ne peut s'étonner de la persistance de la maladie chez les soldats qui habitent les quartiers dont il vient d'être parlé. Si nous ajoutons que la presque totalité des maladies appartiennent aux 2e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e compagnies, dont les logements se trouvent plus ou moins dans les conditions que nous venons d'énumérer, on ne pourra élever aucun doute au sujet de l'opinion que nous émettons.

» Le quartier est entouré de surfaces qui réfléchissent fortement la lumière ; il est éclairé au gaz pendant un court espace de temps ; depuis un mois seulement les soldats ont cessé d'avoir un essuie-mains commun ; mais l'influence de ces conditions n'est pas particulièrement limitée à l'une ou à l'autre compagnie : elle est commune à tout le régiment, et la maladie dont nous traitons est plus particulière aux compagnies citées plus haut qu'au reste du corps. Il faut donc rechercher les causes de la maladie dans des agents particuliers qui agissent sur quelques compagnies seulement. C'est ce qui nous a semblé logique et rationnel : c'est pour ce motif que nous accordons plus de valeur aux circonstances que nous avons énumérées qu'à certaines autres mentionnées dans plusieurs écrits et dont la connaissance est acquise. La mesure que nous considérons comme la plus urgente consiste à faire sortir immédiatement de leur quartier les compagnies mentionnées plus hauts. Déjà on a ordonné la séparation des ophthalmiques d'avec les autres malades, et leur traitement dans un hôpital particulier, ou dans plusieurs hôpitaux, si le nombre des malades devient trop considérable ; nous n'avons donc pas à recommander cette mesure. La prompte séparation des suspects de maladie, et le traitement radical, constituent également des mesures qu'il faut prescrire. Bien que nous ne considérions point cette ophthalmie comme contagieuse, du moins dans sa première période, nous savons qu'elle peut, sous l'influence de certaines circonstances, acquérir ce caractère ; il nous paraît donc convenable de refuser de délivrer, pendant quelque temps, des congés aux hommes qui voudraient se rendre dans leurs foyers.

Pour ce qui est de la thérapeutique de la maladie, nous n'avons

pas à nous en occuper ici, parce que le traitement ne nous a pas été confié et que notre opinion à ce sujet n'a pas été sollicitée. Votre Excellence nous permettra toutefois de lui donner l'assurance que nos confrères chargés de cette partie du service clinique n'ont laissé manquer aucun secours aux malades, qu'ils les ont entourés de soins assidus, et qu'ils ont mis en usage les moyens reconnus les meilleurs et en vogue dans les autres pays. *La cautérisation des granulations et leur excision ne sont pas des choses nouvelles pour nos chirurgiens militaires;* mais ils n'y ont pas recours dans tous les cas indistinctement.

» Lisbonne, 14 décembre 1849.

» JOAO BAPTISTA MOREIRA.
» ANTONIO JOSÉ MONTEIRO DE SEIXAS. »

II. — Rapport adressé à S. E. M. Adriano Mauricio Guilherme FERRERI, Ministre et Secrétaire d'État des Affaires de la Guerre de S. M. T. F., sur l'épidémie ophthalmique qui règne dans le régiment des Grenadiers de la Reine; par MM. Caetano-Maria FERREIRA DA SYLVA BEIRÂO, et Francisco MARTINS PULIDO, docteurs en médecine, etc., à Lisbonne.

« EXCELLENCE,

» Chargés par Votre Excellence de rechercher, de concert avec deux médecins militaires, les causes de l'ophthalmie épidémique qui règne actuellement dans le régiment des Grenadiers de la Reine, et d'indiquer les moyens les plus propres à en amener l'extinction, tout en faisant connaître le traitement qu'il convient d'opposer à cette affection, nous nous sommes rendus, conformément au désir de Votre Excellence, le dimanche 25 du mois dernier, à midi, au quartier du corps qui devait être l'objet de nos investigations.

» Nous y avons été reçus par Son Excellence le baron de Francos, commandant du régiment, qui avait rangé en ordre d'inspection, dans leurs chambrées respectives, les hommes qui n'étaient pas de service, et qui avait pris les mesures nécessaires pour que nous pussions inspecter toutes les parties du quartier.

» Nous avons également trouvé sur les lieux M. Moreira, chirurgien-major du régiment des Grenadiers, et M. Seixas, directeur de l'hôpital militaire, médecins désignés par Votre Excellence pour nous aider dans l'accomplissement de notre mission délicate.

» Afin de rendre nos investigations à la fois plus certaines et plus

profitables, nous avons commencé par réclamer de MM. Moreira et Seixas quelques renseignements sur les circonstances qui avaient précédé et accompagné la manifestation de la maladie, ainsi que sur sa forme, son caractère et son intensité dans les différentes périodes de son développement.

» Après avoir recueilli de la bouche de ces messieurs des renseignements précis, nous avons procédé à l'inspection de l'édifice, que nous avons visité dans tous ses détails, en nous enquérant de l'arrangement matériel de chacune des parties dont il se compose; nous avons ensuite examiné chacun des soldats en particulier, afin de nous assurer de leur état de santé, et nous nous sommes fait fournir les renseignements qui nous ont paru utiles sur le régime hygiénique et policiaire tant dans le quartier qu'à l'extérieur; enfin, nous nous sommes transportés à l'hôpital *da Estrellinha*, dans le but d'y examiner les malades affectés d'ophthalmie, et de nous enquérir du traitement employé par le médecin chargé du service; nous avons alors considéré notre tâche comme accomplie.

» De toutes les observations que nous avons pu faire, et de tous les renseignements qui nous ont été communiqués tant au quartier du régiment des Grenadiers qu'à l'hôpital, au sujet de la manifestation, de la marche et du traitement de la maladie, il résulte pour nous ce qui suit :

» Dans les premiers jours de mai, et sans cause connue, quelques soldats du 2e bataillon, logés dans une des chambres du rez-de-chaussée du quartier de *San Jodo de Deos*, furent atteints tout à coup, et simultanément, d'une légère ophthalmie, qui, augmentant progressivement d'intensité, rendit les malades incapables de service et les contraignit d'entrer à l'hôpital. Dans cet établissement, l'inflammation, devenue très-aiguë, parcourut rapidement, dans les cas les plus graves, ses différentes périodes, revêtant le caractère d'une ophthalmie intense avec des symptômes de la plus haute gravité.

» Toute la conjonctive présentait une couleur rouge écarlate; elle était granuleuse, boursouflée et ulcérée dans plusieurs points de sa surface. La cornée, injectée, apparaissait ramollie. Les paupières, luisantes et fortement tuméfiées, adhéraient l'une à l'autre par leurs bords, et livraient passage à une humeur muco-purulente abondante; âcre et corrosive dans le principe, cette humeur devenait crémeuse et moins virulente dans les périodes plus avancées de la maladie. L'inflammation se propageait aux parties internes et

déterminait, dans l'organe si important de la vue, des lésions graves et parfois fatales. La douleur ressentie par le malade était vive et pongitive, s'irradiant du centre de l'orbite à la partie circonvoisine; il existait de l'agitation générale, de la fièvre, de l'insomnie. A ce degré d'intensité, la maladie a rarement cédé à la saignée, aux purgatifs, et à l'emploi des collyres astringents; la perforation de la cornée, avec la sortie des humeurs de l'œil et la suppuration de cet organe, telle a été sa terminaison la plus fréquente. Dans les cas moins graves, et heureusement les plus nombreux, la marche de la maladie a été plus lente; on observait bien de l'amélioration, mais la résolution de l'inflammation ne devenait jamais complète. L'état granuleux de la conjonctive palpébrale, principalement de l'inférieure, persistait encore alors qu'on considérait la maladie comme tout à fait éteinte; ce qui a fait qu'il est arrivé que des soldats renvoyés de l'hôpital comme guéris ont dû y rentrer quelques jours plus tard affectés d'une recrudescence de la même ophthalmie.

» Cette maladie, qui paraît n'avoir pas perdu le caractère insolite et le degré d'intensité qu'elle a revêtus dans les premiers jours, a envahi d'autres compagnies, de telle sorte que plus de 85 ophthalmiques sont entrés jusqu'à ce jour à l'hôpital. Voici un tableau indiquant leur nombre et les compagnies auxquelles ils appartiennent :

1er Bataillon.		2e Bataillon.	
1re Compagnie	2	6e Compagnie	20
2e «	11	7e «	13
3e «	1	8e «	6
4e «	3	9e «	21
5e «	0	10e «	8
	17		68

Total. . . . . 85.

» Quelques-uns de ces soldats ont été réformés pour perte complète ou incomplète de la vue, les autres restent en général affectés de *granulations* et exposés à des récidives, la disparition totale de l'altération conjonctivale n'ayant pu être obtenue même dans les cas les moins graves. Nous devons faire remarquer que le tableau ci-dessus ne doit pas être considéré comme représentant le nombre total des malades et l'extension du mal. L'inspection à laquelle

nous avons procédé dans le quartier, nous a fait constater que la presque totalité des soldats sont affectés d'ophthalmie. La majeure partie de ceux que nous avons examinés, et il en est peu que nous n'ayons pas vus, avaient les yeux chassieux et la conjonctive palpébrale gonflée, livide, ressemblant à du velours écarlate : phénomènes que l'on doit considérer comme le premier degré de la maladie, et que la cause la plus petite suffit pour aggraver et convertir en ophthalmie grave.

» Le régiment des Grenadiers de la Reine est fort de 2 bataillons qui comptent chacun 300 soldats choisis dans tous les autres corps de la garnison de la capitale ; presque tous sont des jeunes gens de 20 à 30 ans, d'une hauteur de 62 pouces, forts et robustes, habitués au service, ne présentant que fort peu de cas d'infection vénérienne ou de gonorrhée, maladies si funestes aux soldats. Assujétis au régime et à la discipline militaires, ils occupent depuis 1843 le couvent de *San Jodo de Deos*, transformé en caserne.

» Cet édifice est bâti sur le versant méridional du mont de *Buenos-Ayres*, dans la direction de l'est à l'ouest ; sa façade principale regarde le nord, et est abritée contre les vents de cette direction par l'église de *San Francisco de Paula* et quelques maisons contiguës. La partie postérieure, dominant les édifices qui bordent la rive droite du Tage, est entièrement découverte et exposée aux vents du sud, et à une atmosphère humide, souvent surchargée d'une brume épaisse. Le cours rapide du fleuve et sa largeur constituent, pour l'édifice, un moyen puissant de ventilation, empêchent la stagnation de la brume, facilitent le renouvellement de l'air atmosphérique, et dispensent une grande quantité de lumière. Du même côté, et au pied de l'édifice, existent un jardin qui en dépend et une terrasse qui sert de promenade aux soldats ; à l'extrémité occidentale de la terrasse se trouvent les latrines, qui sont séparées de l'édifice et qui ont un conduit de décharge dans le fleuve. On ne nous a pas dit, et nous n'avons pas noté, qu'il existât des foyers d'infection dans le voisinage du quartier. La rue qui fait face à l'édifice a été l'une des premières macadamisées.

» Les compagnies du 1^er^ bataillon occupent les chambres du premier étage ; toutes ces chambres sont élevées, spacieuses, fortement éclairées, bien ventilées ; 30 à 40 lits sont placés dans chacune d'elles ; ces lits sont formés de lits de camp mobiles, qui se relèvent pendant le jour, de manière à cacher contre la paroi du

mur la paillasse, le traversin et la couverture. A six heures du soir, les fenêtres sont fermées, et l'on allume jusqu'à huit heures un bec de gaz placé au milieu de chaque chambre.

» Les compagnies du 2e bataillon occupent les salles du rez-de-chaussée, qui sont voûtées, et qui, bien qu'aussi spacieuses, sont moins éclairées et moins ventilées que celles du premier étage. Les lits sont disposés comme ceux du 1er bataillon.

» Le cachot est également situé au rez-de-chaussée; c'est la partie la plus sombre de tout l'édifice; il n'est pas assez spacieux pour y loger 30 détenus pendant 24 heures, comme cela avait lieu lors de notre visite.

» Chacune des compagnies possède un lavoir commun; il s'y trouve trois ou quatre vases de terre cuite, et deux essuie-mains renouvelés tous les huit jours.

» Il existe des habitations distinctes pour les officiers et les sergents; elles présentent les meilleures dispositions et le meilleur arrangement.

» Au centre de l'édifice, aux deux étages, se trouvent les magasins d'effets militaires, d'armement, etc.; ils sont dignes de remarque à cause de leur propreté et de l'ordre avec lequel ils sont tenus.

» L'alimentation des soldats est saine, abondante; elle est distribuée à 7 heures du matin et à 3 1/2 heures de l'après-midi.

» L'uniforme est large, et ne nuit pas à la liberté des mouvements.

» Les chambres sont balayées tous les jours, et les lits de camp, qui sont relevés une demi-heure après le lever, ne sont abaissés qu'au moment du coucher.

» Toutes les chambres du quartier, considérées d'une manière générale, et examinées en particulier, ne présentent aucun élément notable d'insalubrité; mais on est forcé de confesser que les pièces du rez-de-chaussée ne sont pas aussi saines que celles du premier étage; quelques-unes en effet sont un peu humides et sombres, et exhalent pendant la nuit une odeur désagréable.

» Les maladies les plus fréquentes, avant l'apparition de l'ophthalmie, étaient tout bonnement de légers rhumes.

» A l'hôpital, le soldat se trouve dans une position moins favorable; deux salles et un corridor seulement sont destinés aux malades affectés d'ophthalmie. Le mauvais état dans lequel se trouvent ces salles (*infirmeries*) les rend impropres au traitement de la maladie qui nous occupe; l'accumulation des ophthalmiques et le peu de propreté qui s'y remarque les transforment en un foyer d'in-

fection pernicieux pour les autres malades en traitement dans le même établissement.

» A ces conditions générales et particulières aux malades, nous ajouterons les influences atmosphériques qui ont précédé et accompagné la maladie, ou ont coïncidé avec elle.

» Pendant les mois de janvier et de février, le temps a été variable, mais en général sec et doux. Le printemps a été sec, chaud, et suivi des chaleurs de l'été, qui ont été fortes et toujours sèches jusqu'au commencement du mois de septembre, qu'apparurent les premières pluies de l'automne, qui se sont continuées, sous une température généralement chaude, pendant le mois d'octobre et une partie du mois de novembre.

» La constitution médicale de l'année a été chaude et sèche pendant le printemps et l'été, et assez humide, mais moins froide que d'habitude, pendant l'automne. Une affection catarrhale bilieuse a régné pendant le printemps, sous la forme de bronchite, d'angine, de variole et de rougeole ; en été, elle a revêtu la forme de diarrhée et de dyssenterie. L'affection bilieuse a disparu avec les pluies prématurées de l'automne, et l'affection catarrhale s'est alors généralement présentée comme élément pathologique compliquant les autres maladies.

» Telles sont en résumé, Excellence, les *circonstances individuelles de temps et de localité* qui ont coïncidé avec l'apparition et le développement d'une ophthalmie qui, par le fait du grand nombre d'individus qu'elle a atteints, de l'intensité et de la spécialité des phénomènes qu'elle présente, et de la résistance tenace et insolite qu'elle offre au traitement, constitue un fléau pour les malheureux soldats, dont le sort préoccupe si vivement Votre Excellence et Son Excellence le baron de Francos, commandant du corps.

» Nous allons examiner la part qui peut être attribuée à chacune de ces *circonstances* dans la production de l'épidémie.

» En premier lieu, nous croyons que l'on ne peut rapporter l'origine d'une semblable maladie, ni à l'influence de la localité, ni à la constitution atmosphérique. L'exposition du quartier aux vents du sud neutralise, par l'avantage de sa belle position, les inconvénients qui peuvent en résulter ; et l'action de l'humidité, qui l'entoure de toutes parts pendant les jours de pluie, fût-elle plus intense et plus permanente, nous n'y trouverions pas une raison capable d'expliquer l'épidémie. La forme de la maladie, la marche rapide et si souvent funeste qu'elle affecte, ne permettent pas de la confon-

dre avec l'ophthalmie catarrhale, qui apparaît habituellement pendant les temps humides et avec laquelle elle offre quelques points de ressemblance.

» Nous pouvons encore moins l'attribuer aux légères causes d'insalubrité que l'on rencontre dans quelques parties de la caserne, malgré la préférence qu'elle affecte pour quelques chambres où ces causes existent. Nous avons déjà dit que les premiers soldats affectés appartenaient au 2me bataillon, qui habite le rez-de-chaussée, où l'on rencontre quelques chambres humides et un peu sombres : cette coïncidence a fait que l'humidité de ces lieux a été considérée comme la cause principale du fléau.

» Laissant de côté les raisons que nous pourrions produire, nous ne ferons valoir qu'une considération qui suffit, à elle seule, pour démontrer le peu d'importance de la cause désignée.

» Au même rez-de-chaussée, et dans des circonstances beaucoup plus désavantageuses que celles du logement des compagnies, se trouvent 30 hommes, détenus jour et nuit dans une petite chambre où règne une atmosphère humide, et ne pouvant, comme les autres soldats, respirer un air libre ; or, c'est précisément cette section qui a fourni le plus petit nombre d'ophthalmiques envoyés à l'hôpital.

» Nous ne pouvons pas davantage reconnaître une grande action pathologique à quelques influences accidentelles qui se produisent dans le quartier. Il en est deux qui, à cause de l'importance qu'on leur a donnée, doivent être signalées ; nous entendons parler de l'inconvénient des lits de camp mobiles et de l'éclairage au gaz.

» Le système de lits de camp mobiles, du genre de ceux en usage dans le quartier des Grenadiers, présente quelques inconvénients, lorsque, comme cela a lieu ici, les fournitures ne comprennent pas de draps de lit et ne sont pas ventilées pendant un temps convenable. Les émanations du corps imprègnent la paillasse et la couverture ; celles-ci, n'étant ni lavées ni ventilées, conservent les miasmes qui, par leur accumulation, peuvent constituer de véritables foyers d'infection ; mais nous croyons que, dans l'occurrence, la largeur des chambres et le non-encombrement des individus empêchent ces inconvénients de se produire à un haut degré. Sans contester le fâcheux effet qui pourrait résulter de ces conditions, nous ne pouvons cependant pas y rattacher l'apparition de l'épidémie qui nous occupe. Les causes d'origine miasmatique, en détériorant la constitution des individus, donnent naissance à des maladies à symptômes adynamiques, à des altérations humorales,

et rien de semblable ne s'est rencontré dans notre ophthalmie.

» Pour ce qui est de l'éclairage au gaz, il suffit de dire que le temps pendant lequel il en est fait usage est si limité, que la lumière est si petite en raison de l'étendue des chambres, qu'il est impossible de mettre l'apparition du mal sur le compte de circonstances d'aussi minime valeur. Les inconvénients qui résultent de l'éclairage au gaz, dans l'intérieur des maisons, sont d'ailleurs très-peu importants, lorsque l'on a recours, pour sa préparation et sa purification, aux procédés indiqués par la science, et suivis, d'après les informations que nous avons prises, par la compagnie du gaz, qui dessert la ville de Lisbonne.

» La constitution médicale catarrhale fournit encore moins raison de l'apparition de l'épidémie. Les cas isolés qui se sont montrés dans la capitale peuvent très-bien provenir d'autres causes ; ils démentent, au lieu de la prouver, l'efficacité de pareilles influences. Prenant en considération que les symptômes de l'ophthalmie catarrhale ont beaucoup d'analogie avec ceux de l'opthalmie qui règne parmi les Grenadiers, et eu égard à la coïncidence, d'une part, que la présente année a offert la prédominance de l'élément catarrhal, d'autre part, que quelques cas d'ophthalmie semblable à celle dont nous nous occupons ont été observés sur des points isolés de Lisbonne, il était naturel d'attribuer l'origine commune de ces maladies oculaires à l'influence de la même constitution médicale ; mais si nous entrons dans une analyse minutieuse des faits, nous verrons que l'on ne peut pas confondre l'ophthalmie catarrhale, produite par l'action continue d'une atmosphère humide alternant avec une atmosphère chaude et froide, avec celle qui s'est manifestée dans le régiment des Grenadiers, cette maladie affecta-t-elle, comme cela arrive, un caractère épidémique.

» En effet :

» 1° La constitution médicale catarrhale n'a prédominé que pendant les mois de septembre, octobre et novembre, sous l'influence des pluies prématurées de l'automne, et cependant l'ophthalmie régnant parmi les soldats n'a subi aucune modification ni dans son extension, ni dans son intensité, et a conservé, sans discontinuation, pendant la durée de la constitution médicale, son caractère primitif.

» 2° L'influence d'une constitution médicale est générale et s'étend également à tous les individus d'une population ; mais dans l'histoire de la maladie, nous ne rencontrons rien qui indique l'existence

d'une cause générale tant dans le quartier qu'au dehors. Les cas qui ont apparu dans la capitale sont trop peu nombreux pour que l'on puisse en déduire l'existence d'une pareille influence, et ce que l'on a observé dans le quartier même lèverait, si c'était nécessaire, tout doute à ce sujet : nous l'avons dit déjà, les officiers et les sergents du régiment logent dans le même quartier que les soldats, et aucun d'eux n'a jusqu'à ce jour payé son tribut au mal.

» Si nous ne rapportons pas l'existence de l'épidémie aux facteurs pathologiques que nous venons d'énumérer, nous ne voulons cependant pas dire qu'ils aient été sans influence sur son progrès, sa forme et sa persistance. On sait que, quelle que soit l'origine d'un pareil fléau, il est toujours plus intense et d'un développement plus étendu dans les endroits où les éléments d'insalubrité se montrent en plus grand nombre. Le quartier en renferme quelques-uns, et il convient de ne pas les perdre de vue, dans l'adoption d'un système de mesures sanitaires bien combinées, pour extirper la maladie du local dans lequel elle règne. Nous répétons sans hésitation que, dans l'étude que nous avons faite, nous n'avons rien trouvé, dans les circonstances de *localité* et de *temps*, qui puisse nous éclairer sur l'origine de la maladie épidémique qui nous occupe. Tout ce que nous avons observé nous indique que ses causes, au lieu d'être générales, sont particulières aux soldats affectés. Ces causes sont-elles individuelles et transmissibles par voie de contagion ? C'est ce qui nous reste à examiner.

» Un des phénomènes les plus saillants de l'ophthalmie dont nous traitons, c'est la grande quantité de matière purulente sécrétée par les yeux dans la période aiguë, ce qui l'assimile à l'ophthalmie blennorrhagique. Celle-ci doit son origine à l'inoculation du virus blennorrhagique ; elle se transmet et se propage par voie de contagion. En supposant que les deux maladies soient identiques, il ne serait pas difficile d'expliquer ainsi l'origine et le développement de l'épidémie. Les soldats d'une même compagnie se lavent en commun dans les mêmes vases et se servent des mêmes essuie-mains; il se pourrait donc que l'un d'eux, affecté d'ophthalmie blennorrhagique, eût communiqué cette maladie à ses camarades, et qu'elle se fût ensuite propagée à tout le régiment.

» Une circonstance digne de remarque semble rendre plus probable cette supposition. La maladie a épargné ceux qui ne communiquent pas entre eux de la manière qui vient d'être indiquée; tels sont les officiers, les sergents, les détenus au cachot, dont aucun,

à notre connaissance, n'est entré à l'hôpital pour ophthalmie ; un très-petit nombre d'entre eux présentent des granulations.

» Les conditions propres au quartier, et capables d'expliquer la propagation par voie de contagion, peuvent conduire à considérer les deux maladies comme analogues, et faire supposer que l'épidémie est de nature blennorrhagique. Mais si nous examinons attentivement les symptômes de cette ophthalmie, si nous l'étudions soigneusement à son début et dans son progrès, nous devons la considérer comme une maladie spécifique, différente de celle qui se manifeste parfois chez les individus affectés de blennorrhagie. En admettant la possibilité d'une origine blennorrhagique, nous estimons néanmoins qu'il faudrait forcer considérablement la conséquence des faits pour attribuer la manifestation et la propagation rapide de la maladie à une cause semblable, qui, malgré son activité, est cependant lente dans son développement et dans son progrès.

» Nous n'avons pu nous assurer si notre ophthalmie est contagieuse ou non ; on ne nous a pas dit que l'on se soit livré à des expériences propres à éclairer cette question ; mais nous sommes disposés à penser qu'elle est contagieuse. Il existe entre les deux ophthalmies des différences notables, radicales. Le mystère qui enveloppe l'origine de la maladie, la grande extension qu'elle a prise en peu de temps, l'intensité de ses symptômes inflammatoires, l'aspect caractéristique et granuleux qu'offre la conjonctive palpébrale chez tous les malades, sa persistance, même chez les individus considérés comme guéris, et l'existence de l'altération conjonctivale granuleuse chez les soldats encore réputés sains, la résistance opiniâtre que le mal offre au traitement : tout nous force à émettre l'avis que l'ophthalmie qui règne parmi les soldats du régiment des Grenadiers de la Reine n'est autre que l'*ophthalmie purulente* désignée par quelques écrivains sous le nom d'*ophthalmie militaire.* C'est cette ophthalmie qui, d'après l'opinion la plus accréditée, a été importée en Europe, où elle règne endémiquement, par les troupes qui ont pris part à la mémorable expédition française en Égypte, et qui s'est propagée depuis l'époque de la bataille de Waterloo, en 1815, aux armées alliées, et a exercé ses ravages depuis cette époque parmi les troupes autrichiennes, prussiennes et belges. La plus parfaite ressemblance, on pourrait dire *la plus parfaite identité*, existe entre cette maladie et la nôtre ; et sans entrer dans la recherche du mode suivant lequel elle s'est

introduite dans nos rangs, nous nous trouvons forcés de considérer les deux affections comme une seule et même maladie. Elle revêt parmi nous le caractère épidémique, comme cela arrive ordinairement dans les grandes réunions d'individus, par exemple, dans les hôpitaux, les casernes, les prisons, etc., et elle se transmet peut-être par contact immédiat ou à distance d'un individu à l'autre, comme cela a été observé dans les autres pays toutes les fois qu'elle s'est présentée sous la forme épidémique.

» Cette ophthalmie peut aussi étendre au loin sa funeste influence par voie de contagion. Dans une discussion sur cette maladie, soulevée dans la séance de janvier 1838 de la Société de médecine de Gand, M. Delhaie s'exprimait ainsi :

« J'ai vu dans quelques villages que des militaires, envoyés en congé avec l'ophthalmie, l'avaient communiquée à des membres de leur famille ; et la preuve qu'elle avait été grave, c'est qu'elle avait laissé des lésions organiques, telles que la perte d'un œil, des staphylômes, des taies plus ou moins épaisses. »

» Lorsque nous nous rappelons les désastres que l'ophthalmie militaire granuleuse a exercés en Belgique, en Prusse et en Allemagne, nous nous croyons obligés, aujourd'hui que cette maladie s'est déclarée parmi nos soldats, affectant la même forme et avec la même intensité que dans ces pays, nous nous croyons obligés, disons-nous, d'attirer l'attention toute particulière de Votre Excellence sur l'existence d'un fléau qui peut s'étendre aux autres corps de la garnison (et qui sait si cela n'a déjà pas eu lieu?), et devenir une véritable calamité pour le Portugal. Il est nécessaire d'agir avec promptitude et énergie pour extirper le mal à son origine et s'opposer à sa funeste propagation.

» M. Jüngken, célèbre médecin prussien, qui a été consulté par le gouvernement belge, s'exprime en ces termes :

« Par une expérience assidue de beaucoup d'années, je me suis convaincu que cette maladie est contagieuse, qu'elle se transmet d'individu à individu, par le transport de la matière sécrétée par les yeux malades sur des yeux sains, et que, sous l'influence de circonstances favorables et de certaines conditions, elle peut devenir miasmatique et s'étendre en infectant l'atmosphère. »

» L'ophthalmie qui règne depuis sept mois dans la caserne occupée par les Grenadiers ne pourra être déracinée que par la destruction des germes dont elle a imprégné le local. Les mauvaises conditions que présente l'hôpital militaire en ont fait un foyer d'infection,

dangereux pour les malades, et incompatible avec le traitement de l'ophthalmie.

» A ces causes permanentes d'épidémie, nous ajouterons celles qui résultent de l'extension des *granulations* dont se trouvent affectés la plupart des soldats.

« La principale cause, dit M. Jüngken, pour laquelle l'ophthalmie continue de régner dans l'armée belge, et qu'elle continue de se reproduire sans cesse, c'est que, dans les rangs de cette armée, il se trouve un grand nombre de soldats chez lesquels la maladie est loin d'être entièrement extirpée ; elle ne fait que sommeiller. J'entends parler de ceux chez lesquels les symptômes inflammatoires se sont évanouis, mais dont la muqueuse présente toujours ses replis couverts de granulations. De tous les corps que j'ai visités, il n'en est pas un seul qui n'ait plusieurs de ces individus porteurs de granulations ; quelquefois il y en a 6 et 8 par compagnie, et l'on peut élever à plusieurs milliers le nombre total de l'armée entière. A la moindre fatigue, au moindre excès, la maladie reparaît et exige le renvoi de ces hommes à l'hôpital ; ces rechutes sont si fréquentes, qu'à la fin les yeux se détruisent. Ces malheureux sont le véritable foyer de la maladie dans l'armée belge. »

» Désinfecter le quartier et en éloigner les soldats, ne fût-ce que temporairement ; faire sortir les ophthalmiques de l'hôpital militaire et détruire les granulations par un traitement approprié : telles sont les mesures auxquelles il est indispensable de recourir tout d'abord, pour s'opposer à la manifestation de la cause épidémique.

» Pour arriver à ce but, il convient :

» 1° D'établir, dans un local approprié, et offrant les conditions nécessaires, un hôpital temporaire, destiné au traitement des soldats affectés d'ophthalmie granuleuse, et de diriger sans retard sur cet établissement les malades qui se trouvent actuellement à l'hôpital militaire ;

» 2° De faire évacuer la caserne occupée par le régiment des Grenadiers ; de disséminer les soldats dans des quartiers distincts et convenablement disposés, jusqu'à la complète disparition de l'épidémie ;

» 3° De visiter chaque jour les compagnies et de séparer les soldats affectés de *granulations* de ceux qui en sont exempts ; d'envoyer les plus gravement affectés à l'hôpital ; de soumettre les autres à un traitement convenable, dans le quartier même ;

» 4° De confier à un seul médecin militaire le traitement des ophthalmiques envoyés à l'hôpital, et au chirurgien-major du corps le traitement de ceux à soigner à la caserne ;

» 5° De ne renvoyer de l'hôpital aucun malade avant l'extinction complète des granulations;

» 6° De désinfecter, par des moyens appropriés, le quartier de *San Joâo de Deos;* de faire disparaître les inconvénients qui résultent de la disposition et des arrangements intérieurs de quelques-unes de ses parties; de garnir les lits de draps; de ne relever les lits de camp que deux heures après le lever et de les abaisser deux heures avant le coucher.

» Il est reconnu aujourd'hui que les moyens ordinaires de traitement sont insuffisants pour combattre cette ophthalmie.

» A l'état aigu, il faut agir avec promptitude et énergie, en attaquant l'inflammation de la conjonctive par des cautérisations répétées. Le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, etc., etc., les scarifications conjonctivales, constituent les moyens le plus généralement employés; on en seconde l'activité par des saignées, des purgatifs, etc.

» Dans sa période chronique, et dans le but de détruire les granulations, nous recommandons les moyens mis en usage par les médecins belges. Voici le résumé que nous transcrivons de la publication de l'un d'eux :

« Tous les médecins s'accordent à recommander les antiphlogistiques dans les cas de sensibilité des organes visuels.

» Lorsque toute inflammation est éteinte, lorsque les granulations ne représentent plus qu'une hypertrophie indolente du corps papillaire, les astringents et les escarrotiques sont signalés comme les seuls moyens utiles. Quelques uns en recommandent l'emploi exclusif : d'autres veulent que l'on ait préalablement recours aux émollients. On recommande comme efficaces les collyres avec le sulfate d'alumine, de zinc, de cuivre, avec l'acétate de plomb, et surtout les solutions de deutochlorure de mercure et celles de nitrate d'argent, l'introduction entre les paupières de la poudre de calomel.

» Quelques pommades sont préconisées : M. Fallot recommande l'usage de la pommade de Müller, dans la composition de laquelle entrent le chlorure de chaux et le mercure ammoniacal. On l'introduit entre les paupières plusieurs fois par jour.

» La pommade de Guthrie (avec le nitrate d'argent) a été employée avec un notable succès par M. Buys. Ce médecin de garnison loue aussi les bons effets de la pommade de Cooper (avec le calomel).

» Le précipité rouge, le précipité blanc, le sulfate de zinc, etc., ont été mis en usage sous forme de pommade, et quelques-uns disent s'en être fort bien trouvés. M. Graindorge vante la pommade d'hydriodate de potasse, et M. Dutronquoi celle avec l'iodure de plomb.

» M. Taelman, médecin de garnison à Ypres, a obtenu plusieurs guérisons en touchant chaque jour les aspérités avec le nitrate d'argent fondu; il a la pré-

caution de laisser tomber sur la partie touchée quelques gouttes d'eau ou de décoction de guimauve, pour décomposer ce qui reste du caustique et empêcher son action sur le globe de l'œil.

» M. Gouzée cautérise les granulations deux ou trois fois par jour avec le sulfate de cuivre ou avec le nitrate d'argent. Il laisse un plus long espace de temps entre les cautérisations lorsqu'elles irritent trop fortement les yeux. Il place un linge fin sur la surface cautérisée pour absorber le nitrate d'argent non décomposé... Si le nitrate d'argent occasionne une trop vive irritation oculaire, M. le médecin principal de la garnison d'Anvers met aussitôt le malade à la diète, et il lui fait pratiquer une saignée. « Cette irritation, dit-il, cède communément bientôt, et quand la tuméfaction que l'excitation avait amenée » dans les parties diminue, on voit la conjonctive considérablement réduite. » Quelques frictions avec le laudanum chaud concourent à dissiper cette tuméfaction. »

» M. Gouzée fait remarquer que l'œil s'habitue promptement aux divers excitants et que l'on voit au bout d'un certain temps la maladie rester stationnaire... C'est ce qui lui fait conseiller d'alterner les cautérisations avec le sulfate de cuivre et avec le nitrate d'argent...

» M. Cunier recommande l'emploi du nitrate acide de mercure. Il l'a également employé avec succès dans les ulcérations de la conjonctive. Il l'applique à l'aide d'un pinceau sur la partie malade, qu'il recouvre immédiatement d'une couche d'huile. Cet agent, à la fois stimulant, détersif et escarotique, lui paraît remplir les indications de l'emploi du nitrate d'argent fondu et du sulfate de zinc. Il est beaucoup plus efficace que le nitrate d'argent; mais son emploi demande infiniment plus de précautions.

» M*** conseille l'emploi du cautère actuel sur la conjonctive. M. Dethier n'a jamais réussi en employant la pierre infernale. Il préfère l'usage de la solution de deutochlorure de mercure, dont il augmente la dose dès que le mal reste stationnaire. M. Fromont a obtenu de bons effets du calomel administré à l'intérieur jusqu'à production de la salivation...

» M. Graindorge a combiné ce moyen avec l'usage externe de l'hydriodate de potasse.

» Tous se sont accordés à seconder l'action de la médication externe par des purgatifs légers, administrés d'une manière continue, de façon à établir une légère révulsion sur le tube intestinal. Le séton à la nuque et les vésicatoires n'ont été conseillés que par trois officiers de santé...»

» Nous avons indiqué les moyens que nous croyons les plus propres à amener l'extinction de l'épidémie; nous avons également exposé le traitement employé dans les autres pays contre cette maladie si tenace; toutefois nous ne cacherons pas à Votre Excellence la réserve que nous avons dû nous imposer en nous occupant d'un objet aussi délicat.

» Il s'agit d'une affection insolite, qui a préoccupé pendant une longue série d'années les gouvernements d'Autriche, de Prusse, de Belgique; qui a été l'objet d'interpellations fréquentes dans le par-

lement de ce dernier royaume; qui a provoqué dans ces pays une étude approfondie et des discussions incessantes dans les Académies, et y a amené enfin l'adoption d'un grand nombre de mesures de police médicale qu'il conviendrait d'introduire chez nous, dans les circonstances actuelles.

» Manquant de confiance dans nos faibles moyens, nous terminerons en mettant sous les yeux de Votre Excellence les expressions dont s'est servi le digne et respectable Président du Conseil de santé de l'armée belge, le docteur Vleminckx, dans une lettre adressée à Son Excellence le Ministre de la Guerre de Belgique.

«...Je soumets cette pensée à vos méditations. Je conviens toutefois que dans une affaire aussi importante il ne suffit pas de l'opinion d'un seul homme, et je ne saurais vous blâmer d'avoir recours aux lumières des capacités de notre pays pour décider une question à la solution de laquelle tant de familles belges sont si vivement intéressées. Mon opinion, d'ailleurs, peut être erronée, et ce serait pour moi une source éternelle de remords et de regrets de ne vous avoir pas conseillé de faire ce que me prescrivent à la fois et mon devoir et l'humanité, pour parvenir à la découverte des sources de l'un des plus grands fléaux qui puissent désoler ma patrie. Je désirerais donc qu'indépendamment de la mesure que je vous ai proposée plus haut, vous voulussiez nommer une commission composée de médecins civils et militaires auxquels vous soumettriez la question de savoir: « *Quelle est la cause de l'ophthalmie de l'armée? Quels* » *sont les moyens de la détruire?* » — Votre département, j'en suis sûr, ne refuserait à cette commission aucun moyen d'investigation, et je suis prêt, de mon côté, à mettre à sa disposition tous les renseignements, tous les faits que ma position m'a permis de recueillir. »

» Que Dieu garde Votre Excellence, etc.

» Lisbonne, le 5 décembre 1849.

» Caetano Maria Ferreira da Sylva Beirão,
» Francisco Martins Pulido. »

Il me reste maintenant à faire connaître l'avis que j'ai été appelé à émettre au sujet des deux rapports qu'on vient de lire. Voici la lettre que j'ai adressée à S. E. M. le comte d'Azinhaga, et qui a été transmise à S. E. M. le Ministre et Secrétaire d'État des Affaires de la Guerre de S. M. T. F.

III.— A Son Excellence M. le Comte D'AZEVEDO, Ministre Résident de S. M. T. F. près les Cours de La Haye et de Bruxelles.

EXCELLENCE,

Votre Excellence m'a fait l'honneur de me prier de lui exprimer mon avis au sujet de l'ophthalmie qui règne depuis le mois de mai dernier dans le régiment des Grenadiers de la Reine, à Lisbonne, et qui fait l'objet de deux rapports médicaux insérés dans le *Diario do Governo* du 22 décembre 1849 et adressés, l'un à Son Excellence M. le Ministre et Secrétaire d'État des Affaires de la Guerre de S. M. T. F., l'autre à M. le Président du Conseil de santé de l'armée portugaise. L'intérêt de l'humanité; l'espoir d'être utile au Gouvernement que représente Votre Excellence, en lui fournissant l'indication des mesures qui ont reçu la sanction de l'expérience et dont la prompte adoption peut seule empêcher que le Portugal ne devienne, à son tour, la proie du fléau qui désole notre pays depuis trente-cinq ans et qui absorbe chaque année une partie notable du budget de l'État et des communes; l'étude spéciale et assidue que j'ai faite de cette désastreuse maladie depuis plus de vingt ans dans les hôpitaux et les régiments des armées de Hollande et de Belgique, ainsi que dans la pratique civile; les faits malheureux dont je suis chaque jour témoin en ma qualité de chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique provincial du Brabant, ceux que j'ai recueillis dans les diverses missions qui m'ont été confiées; tout me faisait un devoir d'essayer de répondre à l'attente de Votre Excellence.

J'ai lu avec le plus grand soin, avec la plus grande attention les deux rapports publiés dans le *Diario*.

Ce qui m'a frappé tout d'abord, c'est que MM. les docteurs Moreira et Seixas, dans leur lettre à M. le Président du Conseil de santé de l'armée de S. M. T. F., se fondent surtout, pour conclure que l'ophthalmie qui règne dans le régiment des Grenadiers de la Reine n'offre même pas d'analogie avec la nôtre, sur ce que la maladie nous a été importée d'Égypte et que pareille origine ne saurait être invoquée pour le Portugal.

L'erreur de ces deux estimables chirurgiens-majors est très-grande, s'ils prétendent que l'ophthalmie désignée communément sous les noms d'*ophthalmie militaire*, *contagieuse, granuleuse*, etc., doive nécessairement tirer son origine de l'Égypte, ou des pays dans lesquels elle a été importée par les troupes anglaises ou

françaises qui ont pris part à la mémorable expédition sur les bords du Nil. Je crois avoir établi sans réplique, dans mon *Histoire de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse* (1), en m'appuyant d'ailleurs de l'autorité de nombreux écrivains recommandables par l'étude particulière qu'ils ont faite de cette affection, qu'une maladie oculaire identiquement la même que celle d'Égypte règne dans presque toute l'Asie et l'Afrique, et qu'on peut par conséquent tout aussi bien la dénommer *ophthalmie d'Asie*, *ophthalmie d'Afrique*, qu'*ophthalmie d'Égypte*.

Si donc MM. Moreira et Seixas peuvent fournir des motifs valables pour rejeter l'importation ancienne ou récente en Portugal de l'ophthalmie égyptienne proprement dite, par provenance directe ou indirecte, il leur reste encore à démontrer qu'ils n'ont pas affaire à une ophthalmie d'origine africaine.

Or, ils prononcent sans examiner la question sous cette double face, sans réfuter ce qui a été avancé par des écrivains très-méritants, qui prétendent que l'ophthalmie contagieuse n'est pas inconnue en Portugal, qu'elle s'y rencontre çà et là dans la population de quelques villes et des campagnes, où elle *couve*, en quelque sorte, depuis quarante ans; que déjà plusieurs fois, pendant ce laps de temps, elle s'est montrée dans quelques réunions d'individus, entre autres parmi les orphelins de la *Casa Pia*, à Lisbonne en 1838, et parmi les troupes qui les ont remplacés plus tard dans ce local.

Cette opinion, qui a été émise par des médecins qui ont sérieusement étudié la maladie, est fondée sur des remarques faites sur les lieux et principalement sur l'assertion d'Adams, confirmée par Jones, assertion qu'un médecin militaire belge du plus grand talent, M. le docteur De Condé, s'est attaché à justifier par des considérations scientifiques et historiques, dans son *Histoire de l'ophthalmie en Portugal*, à savoir que l'armée anglaise, qui a occupé ce royaume pendant la guerre de la Péninsule, a communiqué aux troupes et aux habitants du pays, avec lesquels elle a entretenu les rapports les plus intimes, l'ophthalmie qui ravageait la plupart des régiments qui la composaient, et qui avaient été infectés, les uns en Égypte même, les autres à Gibraltar, en Sicile, etc., où

(1) Annexée à mes *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique et en particulier dans la province de Brabant*. Rapport adressé à M. Liedts, Président de la Chambre des Représentants, Gouverneur du Brabant, etc. Bruxelles, 1847, pp. 116-267.

le mal avait été importé par des corps qui avaient fait partie de l'expédition anglaise en Égypte. Il ne serait pas contraire à l'observation que la maladie se fût aujourd'hui complétement éteinte en Portugal; mais il serait également conforme à ce qui a été observé dans d'autres pays, qu'il s'y rencontrât des familles, des rassemblements d'individus dans lesquels le germe ophthalmique se perpétue depuis le départ des Anglais. Je ne citerai pas les exemples si nombreux de faits semblables, que l'on trouve consignés dans l'histoire de l'ophthalmie contagieuse; je me bornerai à rappeler que l'on voit figurer dans les listes des victimes de cette maladie, que j'ai dressées il y a trois ans sur des documents officiels rassemblés par ordre de M. le Ministre de la Justice (1), des familles belges dont tous les membres sont devenus successivement et sans discontinuation la proie du fléau, depuis plus de trente ans, aussi bien que depuis des époques plus rapprochées, à la suite du retour dans leurs foyers de soldats incomplétement guéris, sortis des prisons anglaises, du service de Prusse, de Russie, d'Angleterre, des Pays-Bas, etc., etc.

Les écrivains dont je viens de parler font encore remarquer que l'on rencontre parfois dans les villes maritimes du Portugal des individus atteints d'ophthalmie granuleuse dont l'origine doit être rapportée aux rapports incessants qui existent entre ce pays et ses colonies d'Afrique, et aussi avec le Maroc, contrée où le mal est endémique. Ils font observer, à cette occasion, que les Nègres enlevés de la côte d'Afrique ont importé ce fléau dans tous les pays à esclaves, notamment au Brésil, où il a fait, à diverses reprises, de si nombreuses victimes, à la Havane, etc., et dans ceux des États de l'Union américaine où l'esclavage n'est pas encore aboli; ils rappellent les épouvantables catastrophes qui ont eu si fréquemment lieu à bord des navires négriers.

En se plaçant à ce double point de vue, il serait donc très-possible que des individus appartenant à des familles, à des localités dans lesquelles l'ophthalmie persiste depuis de nombreuses années, ou que d'autres infectés dans les possessions africaines de S. M. T. F., etc., et rentrés dans leur patrie incomplétement guéris, fussent devenus la cause de la manifestation de ce mal contagieux dans le régiment des Grenadiers de la Reine et dans d'autres régiments, soit en y contractant service, soit en communiquant

(1) Voir mes *Recherches statistiques* citées, p. 270.

le germe de l'affection à des recrues admises plus tard dans ces corps. Comme je l'établirai plus loin, il suffit de l'introduction d'une seule personne ainsi affectée dans un rassemblement tel qu'un régiment, une prison, un pensionnat, etc., pour que ce rassemblement devienne bientôt un véritable foyer d'infection ophthalmique, surtout si, comme cela a lieu dans le régiment des Grenadiers de la Reine, plusieurs personnes se lavent habituellement dans un même vase, font usage en commun d'un même essuie-mains.

Les deux hypothèses qui ont été produites, de même que celle qui tendrait à mettre l'importation sur le compte de la légion belge qui a fait partie de l'armée portugaise, en 1834-35, doivent être attentivement vérifiées, si l'on veut être autorisé à se prononcer formellement au sujet de l'origine du mal; mais il ne faut pas attacher à cet examen plus d'importance qu'il ne comporte. La recherche de l'origine de la maladie est sans doute très-intéressante au point de vue historique ; mais elle n'offre qu'une valeur secondaire au point de vue de l'analogie ou de l'identité de l'ophthalmie qui affecte les Grenadiers de la Reine avec celle qui règne en Belgique.

En effet, l'analogie, l'identité entre deux maladies se déduisent avant tout du plus ou moins grand degré de ressemblance, de la conformité plus ou moins parfaite que présentent le mode de manifestation, les causes, le siége, la nature, la marche, les terminaisons, etc., de ces deux maladies. C'est là ce que MM. Moreira et Seixas ont complétement perdu de vue; c'est là ce qui a fait que ces deux honorables chirurgiens-majors n'ont même pas décrit les symptômes et la marche du mal ; ils se contentent de dire qu'il n'a été *intense que dans quelques cas, et, dans la plupart des autres, d'une longue durée et extrêmement rebelle au traitement qui lui a été opposé ;* ils ne parlent des granulations que d'une manière tout à fait incidente, à la fin de leur rapport, et ils ont entièrement négligé de faire connaître s'ils ont visité les conjonctives des hommes réputés sains et celles de ceux sortis de l'hôpital considérés comme guéris de l'ophthalmie à laquelle ils avaient été en proie. Ces omissions sont capitales ; elles enlèvent pour ainsi dire toute valeur à leur sentence ; car l'ophthalmie contagieuse possède des caractères tranchés, elle affecte dans son développement et sa propagation une allure toute spéciale, qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres ophthalmies qui viendraient à se déclarer dans un corps de troupes ou dans toute autre réunion analogue.

Avant d'aller plus loin et pour être sûrement compris de Votre

Excellence, qu'il me soit permis de transcrire ici une partie du chapitre intitulé : *Caractères et nature de la maladie, son mode de propagation, etc.*, qui fait partie du *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse* (1) que j'ai rédigé il y a deux ans, sur l'invitation du Conseil communal de la ville de Bruxelles. Écrit pour des personnes étrangères à la médecine, ce chapitre remplira parfaitement le but que je me propose d'atteindre auprès de Votre Excellence.

(J'ai cru inutile de reproduire ici ce chapitre de mon *Mémoire*, que le lecteur pourra consulter dans le volume XX, pp. 190-200 des *Annales d'Oculistique*. Je dirai toutefois que j'y ai joint, comme pièces nécessaires à consulter, le *Mémoire* de M. De Condé, *sur l'anatomie de la conjonctive au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement* (*Annales d'Oculistique*, vol. XXI, pp. 3-19), le travail de M. Thiry *sur les granulations conjonctivales* (Ibid., pp. 108-129 et 189-193), ainsi qu'une copie du *Mémoire sur l'anatomie pathologique des granulations palpébrales*, que M. Hairion vient de communiquer à l'Académie royale de médecine de Belgique.)

La lecture du chapitre que je viens de faire passer sous les yeux de Votre Excellence permet d'apprécier toute l'importance de la lacune que présente le rapport de MM. Moreira et Seixas. Cette lacune est telle qu'il m'eût été impossible d'émettre un avis fondé au sujet de la question qui a été soumise à l'examen de ces honorables chirurgiens militaires, si je n'avais trouvé dans la lettre de MM. Beirão et Pulido des renseignements plus complets. Ces deux médecins ont pris soin de spécifier l'aspect des conjonctives chez les malades en traitement ; ils fournissent des détails assez circonstanciés sur l'invasion et l'extension de la maladie dans le corps où elle règne, sur sa marche, ses terminaisons, etc. Ils ne se sont pas contentés d'inspecter les yeux des malades en traitement à l'hôpital ; ils se sont aussi assurés qu'il existe parmi les hommes occupant la caserne de *San João de Deos*, et considérés comme sains, des individus en très-grand nombre porteurs de *granulations primitives*, c'est-à-dire chez lesquels la maladie n'est pas encore passée à l'état d'ophthalmie déclarée, et d'autres qui présentent des *granulations secondaires*, c'est-à-dire chez lesquels l'ophthalmie, dont on les a crus débarrassés, a seulement rétrocédé à la période chronique et indolente, après la manifestation de la période aiguë ou sub-aiguë qui a nécessité leur envoi à l'hôpital.

En présence de ces données fournies par deux praticiens judicieux

(1) Bruxelles, 1849, in-8°, pp. 52. — Extrait des *Annales d'Oculistique*, vol. XX.

et instruits, et pénétrés de la haute importance de la mission dont les a investis la confiance de Son Excellence M. le Ministre et Secrétaire d'État des Affaires de la Guerre, on ne peut s'empêcher de conclure avec eux que l'ophthalmie qui règne dans le régiment des Grenadiers de la Reine offre une parfaite identité avec celle qui désole l'armée et la population belges.

J'ai pris le plus grand soin de faire ressortir dans le chapitre transcrit ci-dessus de mon *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse,* que l'état granuleux de la conjonctive doit être considéré comme le *germe* du mal, ou, ainsi qu'on l'a dit assez improprement toutefois, comme la *prédisposition.* Les causes les moins puissantes en apparence suffisent pour déterminer *l'ophthalmie déclarée* chez ceux qui présentent cet état. Que les granulations soient *secondaires* ou *primitives* — ce qu'a omis de spécifier M. Jüngken, cité par MM. Beirão et Pulido, — la moindre fatigue, le moindre excès, la moindre influence irritante suffit pour faire éclore le mal. Un rassemblement d'individus dans lequel il se trouve des granulés peut ainsi fournir, par continuité, un nombre plus ou moins élevé de cas d'ophthalmie sub-aiguë ou aiguë ; et si ce rassemblement occupe diverses pièces d'un même local, les cas les plus nombreux seront nécessairement produits dans celles de ces pièces où il se rencontre habituellement des causes occasionnelles plus nombreuses et plus puissantes, telles que l'encombrement, le défaut d'aération et de ventilation, les courants d'air, le froid et le chaud humides, les émanations irritantes, etc. L'aggravation simultanée chez tous les granulés, la production chez un grand nombre à la fois d'ophthalmies purulentes sub-aiguës, ne sont à craindre que pour autant qu'arrive le printemps ou l'été, et qu'il se manifeste des chaleurs élevées (et surtout humides), ou pendant le règne de certaines constitutions médicales favorables au développement des affections des membranes muqueuses, ou aussi sous des influences épidémiques. Si, dans ces circonstances, on ne fait pas cesser l'encombrement, si on n'a pas recours à une aération et à une ventilation suffisantes, et surtout si l'éloignement des personnes atteintes à un degré aigu ou sub-aigu n'a pas immédiatement lieu, l'infection devient générale, le mal parvient rapidement à son plus haut période chez le plus grand nombre, revêt chez tous un caractère de gravité extrême, et l'art est impuissant dans plusieurs cas à conjurer la perte complète ou partielle des organes visuels. Telle est la manière d'être de ce mal si terrible, qui a occasionné les désastres les plus tristes, depuis

le commencement de notre siècle, dans la plupart des armées européennes, dans des prisons, des dépôts de mendicité, des asiles d'orphelins, à bord des navires, en Angleterre, en Allemagne, en Russie, en Italie, en Belgique, etc., partout enfin où il s'est répandu des troupes dans la population.

L'explication de ce qui s'est passé dans le régiment des Grenadiers de la Reine est donc très-facile.

Le germe de l'ophthalmie contagieuse s'est introduit parmi les hommes de ce régiment, sans qu'on sache encore d'où il est venu. La transmission d'individu à individu s'y est faite d'autant plus aisément et plus rapidement que les soldats se lavent à plusieurs dans la même eau, font usage en commun d'un même essuie-mains.

Le mal, qui a pu être borné d'abord à une seule compagnie, n'a pas tardé à se répandre dans tout le régiment, à la suite des rapports continuels de tous les Grenadiers entre eux dans la caserne, les corps de garde, les lieux de détention, etc.

Des causes occasionnelles, de la nature de celles que j'ai énumérées et comme il s'en rencontre dans toutes les armées, sont venues lui donner le coup de fouet, en féconder le germe chez plusieurs à la fois. Les cas d'ophthalmie déclarée, isolés jusque-là et se montrant à des intervalles éloignés, sont devenus plus fréquents, ont commencé à éveiller l'attention. Des malades rentrés de l'hôpital encore porteurs de granulations secondaires sont venus se mêler aux autres granulés ; les soldats atteints de granulations sécrétantes et d'ophthalmie sub-aiguë n'ont pas été immédiatement éloignés ; dès lors l'atmosphère des chambres n'a pu manquer d'être suffisamment imprégnée de miasmes ophthalmiques, la contagion à distance a eu lieu, le germe est devenu de plus en plus répandu, les cas d'ophthalmie déclarée ont été plus fréquents.

Le mot *épidémie* a été prononcé. Il ne faut pas s'y méprendre ; l'ophthalmie qui s'est manifestée parmi les soldats de la caserne de *San Joao de Deos* ne doit pas être considérée comme une *épidémie*, dans toute l'acception du mot : ce n'est également pas une *endémie*. Sa contagiosité rend compte, à elle seule, de son développement et de sa persistance dans le régiment des Grenadiers de la Reine. Les causes épidémiques, que l'on n'a pas manqué d'invoquer en Portugal comme chez nous et ailleurs, de même que les causes tirées de la disposition des lieux, des circonstances propres à certaines fractions du corps, celles inhérentes au genre de vie, etc., etc., ne constituent

que des influences occasionnelles, agissant d'une manière plus ou moins générale ou spéciale, plus ou moins permanente. Il n'est donc pas étonnant que quelques compagnies aient été plus maltraitées que les autres ; que les cas d'ophthalmie déclarée aient été plus fréquents à telle époque qu'à telle autre. Ce qui peut surprendre, c'est qu'avec les éléments que présente le régiment des Grenadiers, et sous l'influence de la constitution médicale qui a régné, ces cas n'aient pas été à la fois plus nombreux et plus gravés, et que l'on n'ait par conséquent pas eu à déplorer un nombre plus considérable de victimes.

Ce régiment compte toujours dans ses rangs une grande quantité de soldats porteurs de granulations primitives ou secondaires. Les cas d'ophthalmie proprement dite sont probablement devenus plus rares pendant l'hiver; mais le germe a néanmoins dû s'y étendre davantage. Le retour du printemps et des chaleurs ne manquera pas, si l'on n'y met obstacle, de rendre plus ou moins générale, selon les circonstances, la manifestation de la seconde et de la troisième période du mal.

Par quels moyens peut-on réussir à empêcher ce redoutable état de choses ? Quelle conduite faut-il adopter pour extirper l'ophthalmie du régiment dans lequel elle a élu domicile ? Comment empêcher son extension aux autres corps de troupes et à la classe civile?

Les mesures que proposent dans ce but MM. Beirão et Pulido, de même que celles indiquées par MM. Moreira et Seixas, sont certainement très-rationnelles ; mais, de part et d'autre, il n'est tracé qu'un plan incomplet d'attaque et de défense. MM. Beirão et Pulido reconnaissent, il est vrai, que leurs prescriptions sont insuffisantes, et ils conseillent, en terminant, de recourir au *système complet de mesures en usage dans les autres pays*. Cette recommandation, excellente en elle-même, expose à des mécomptes d'autant plus graves, d'autant plus sérieux, qu'elle est plus vague, moins précise.

On ne peut citer que trois pays qui se soient sérieusement préoccupés des moyens d'arriver à l'extirpation de l'ophthalmie contagieuse ; les gouvernements d'Autriche, de Belgique et de Hanovre sont les seuls qui aient arrêté, dans ce but, ce que l'on peut appeler un *ensemble de mesures de police médicale*. La question est donc de savoir s'il convient d'adopter la conduite tenue par les Autrichiens, ou bien s'il est préférable d'agir comme les Hanovriens, ou enfin si l'on doit suivre les ordonnances belges.

Les citations que renferme le rapport de MM. Beirão et Pulido semblent autoriser à croire que ces deux médecins feraient choix des mesures usitées en Belgique, qui leur sont connues et qui sont d'ailleurs celles dont on a le plus généralement vanté les bons effets. Or, ces mesures ne seraient pas susceptibles d'amener un résultat complétement satisfaisant; quelques écrivains, au nombre desquels je dois être rangé, s'appuyant sur l'observation et les connaissances acquises, ont démontré que parmi les prescriptions en vigueur dans notre pays, il en est qui sont défectueuses ; que d'autres, reconnues indispensables, sont complétement négligées. Ainsi les ophthalmiques sont soignés dans les mêmes hôpitaux que les autres malades, avec lesquels ils communiquent librement ; les granulés traités à la caserne sont logés dans des salles spéciales, il est vrai, mais ils ne sont pas privés de communication avec les hommes sains du corps et avec les habitants; les ophthalmiques sortant des hôpitaux sont immédiatement réintégrés dans les corps dont ils font partie; la désinfection des locaux, celle des fournitures de couchage, des objets d'habillement et d'équipement, etc., ne sont pas instituées, etc., etc. Tout récemment, M. le docteur Hairion (1) a insisté avec force sur la nécessité de faire disparaître au plus tôt les erreurs et les omissions que consacre notre système.

Les Autrichiens n'ont pas été plus prévoyants ; ils ont compris toutefois que les convalescents devaient être éloignés pendant un certain temps avant de reprendre le service ; mais ils les ont éparpillés dans des cantonnements et ils ont ainsi exposé les habitants à l'infection. Sous tous les rapports la conduite tenue en Hanovre mérite d'être préférée ; cependant elle présente aussi ses inconvénients.

L'adoption de l'un ou de l'autre système, pris isolément, n'aboutirait certainement qu'à des efforts stériles, à de sérieux mécomptes; on verrait incessamment s'effacer les résultats obtenus, on n'éviterait pas l'extension du mal aux autres corps et à la classe civile. Pour arriver à de bonnes fins, il faut recourir à une combinaison judicieuse et sage des trois systèmes, prenant les mesures dont l'expérience et le raisonnement consacrent l'utilité, rejetant celles reconnues inefficaces ou dangereuses.

L'exposition qui va suivre me paraît pouvoir être présentée comme le résultat de ce choix, ou plutôt de ce triage.

(1) *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée belge,* 1848.

Le but à réaliser peut se résumer en ces termes : *Préserver les individus sains tant du régiment que des autres corps et de la population. Guérir radicalement les individus malades.*

A cet effet, il faut opérer tout d'abord une séparation complète, absolue, des soldats sains d'avec ceux infectés et même d'avec les suspects. Les malades et les hommes en suspicion de maladie doivent être isolés.

Cet isolement exige l'institution :

1° *D'un hôpital spécialement destiné au traitement des soldats atteints d'ophthalmie proprement dite;*

2° *D'un dépôt consacré à recevoir les ophthalmiques à leur sortie de l'hôpital, d'où ils doivent être renvoyés dès que la maladie a rétrocédé à la période chronique;*

3° *D'un dépôt affecté au traitement des granulés qui se trouvent dans les rangs;*

4° *D'un lieu de quarantaine pour les suspects.*

Pour l'hôpital, comme pour les dépôts de granulés et la quarantaine, il doit être fait choix de locaux vastes et bien aérés, bâtis dans des lieux secs et élevés, et situés autant que possible à la campagne, ou offrant du moins les principaux avantages de cette situation. Les hommes malades ou suspects doivent, avant tout, jouir du bénéfice de l'air libre; il faut que les uns et les autres restent assujétis, dans une juste mesure, aux occupations de la vie militaire. Il est démontré que les aggravations et les recrudescences sont d'autant moins fréquentes et les guérisons d'autant plus rapides, que la vie du soldat s'écarte le moins, dans les dépôts de granulés, des habitudes d'activité de la caserne. Lorsque des dépôts semblables ont existé en Belgique, à la citadelle de Namur et à Ypres, les hommes qui s'y trouvaient en traitement montaient la garde pendant le jour, faisaient les corvées, étaient soumis aux exercices; on les occupait pendant la plus grande partie de la journée à l'air extérieur, on les envoyait à la promenade sous la conduite d'officiers et de sous-officiers, etc.; des guérisons radicales que l'on avait vainement cherché à obtenir dans les hôpitaux y furent rapidement réalisées.

Il ne convient donc pas, comme le conseillent MM. Beirão et Pulido, de conserver les ophthalmiques à l'hôpital jusqu'à la disparition complète des granulations; le séjour du plus grand nombre s'y prolongerait à l'infini; il faut au contraire les renvoyer de cet établissement dès que l'affection a rétrocédé à la période chronique,

qu'il ne subsiste plus, en un mot, que des granulations dites *indolentes*, que l'ophthalmie ait été aiguë ou sub-aiguë, qu'elle ait été, ou non, suivie d'une terminaison fâcheuse. Ces hommes devant être entourés de soins plus attentifs encore que ceux trouvés atteints de *granulations primitives*, et ne pouvant d'ailleurs être soumis que graduellement aux exigences de la vie militaire sous les rapports de l'habillement, de l'équipement, de l'armement, des corvées, exercices, gardes, etc., etc., rien ne saurait être imaginé de plus convenable que d'en former un dépôt spécial.

Voilà donc, en somme, quatre établissements dont l'institution forme la base d'action de l'entreprise.

On ne peut rien tenter de sérieux aussi longtemps qu'ils font défaut.

Le premier soin sera alors de renvoyer de l'hôpital de la garnison les soldats atteints de l'ophthalmie contagieuse, qui s'y trouvent en traitement; on les évacuera sur l'hôpital temporaire ou sur le dépôt de granulés, selon l'état de gravité de leur affection.

On procédera en même temps à la visite générale de tous les sous-officiers et soldats du régiment des Grenadiers. Cette visite ne saurait être faite avec un soin trop attentif, trop minutieux; elle ne peut être confiée qu'à un homme qui ait bien observé le mode de développement de la maladie, qui soit bien pénétré des caractères anatomiques qu'elle offre à son début, et qui comprenne parfaitement l'importance de l'œuvre qu'il doit accomplir.

Les granulés qui se trouvent dans les rangs seront immédiatement dirigés sur l'établissement qui leur est destiné, et les suspects envoyés dans le local de quarantaine.

Il serait au dernier point fâcheux et regrettable que la crainte de consacrer une espèce de dissolution momentanée du régiment pût être prise en considération, empêchât de désigner comme *suspects* ceux que l'on estimerait tels : ce serait commettre une faute très-grave, qui aurait pour résultat de prolonger la durée du règne de la maladie, de rendre son extirpation plus difficile.

La visite de tous les hommes présents sous les armes devra être répétée tous les jours d'abord, puis à des intervalles toujours rapprochés. Une grande diminution dans le nombre des ophthalmiques ne peut être considérée comme une raison de se relâcher à cet égard; l'extinction de la maladie une fois obtenue, il faudra même continuer à procéder, toutes les semaines au moins, à l'inspection de tous les soldats, caporaux et sous-officiers sans distinction.

Les ordres les plus formels, dont l'exécution ne peut être trop sé-

vèrement exigée, doivent enjoindre d'envoyer immédiatement à l'hôpital tout soldat ou sous-officier chez lequel l'ophthalmie déclarée vient à se manifester, que cet homme appartienne à la fraction réputée saine, ou à la quarantaine, ou aux dépôts de granulés. On ne saurait assez recommander toutefois de ne pas envoyer dans ces établissements les soldats chez lesquels il surviendrait des affections oculaires autres que l'ophthalmie contagieuse; c'est à l'hôpital de la garnison que ces malades doivent être traités; on ne pourrait les confondre avec les soldats en proie à l'ophthalmie régnante, sans voir presque certainement celle-ci se greffer sur la maladie d'yeux dont ils seraient atteints.

MM. les docteurs Beirão et Pulido recommandent formellement de désinfecter la caserne de *San João de Deos*. L'opinion que j'ai exprimée dans mon *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse*, et sur laquelle ont insisté avant moi plusieurs médecins militaires, entre autres mes honorables amis, M. le docteur De Condé, médecin de régiment, et M. le docteur Hairion, médecin de l'Institut ophthalmique de l'armée belge, à savoir que les locaux peuvent recéler les miasmes ophthalmiques, et que la matière provenant d'yeux malades, et déposée sur des objets inertes, peut encore, sous l'influence de certaines circonstances, servir à transmettre l'ophthalmie par contact direct et à distance; cette opinion, que des faits bien observés ont accréditée, conduit à cette conclusion que pour réaliser l'extirpation de la maladie il faut nécessairement assainir et désinfecter non-seulement les locaux, mais aussi tous les objets inertes à l'usage des soldats.

Il serait sans doute avantageux de pouvoir immédiatement faire évacuer tout le quartier occupé par les Grenadiers; mais l'opération qu'il s'agit d'instituer est peut-être susceptible d'être exécutée sans recourir à ce moyen. En effet, le nombre des granulés à diriger sur les dépôts à créer doit être assez considérable, d'après l'évaluation fournie par le rapport de MM. Beirão et Pulido (page 1538, 4e colonne du *Diario*), pour que l'on puisse abandonner au moins la moitié des chambres, tout en réservant à chaque soldat un espace largement convenable. En procédant ainsi, la désinfection et l'assainissement commenceraient par les chambres laissées vacantes, que l'on ferait occuper ensuite; en un mot, on opérerait en deux temps.

Malgré les enseignements positifs de l'expérience, le Hanovre est demeuré jusqu'à ce jour le seul pays où l'assainissement et la désin-

fection des locaux et de tous les objets à l'usage des soldats sont entrés dans la série des mesures destinées à extirper l'ophthalmie contagieuse.

Lorsque, en 1838, un bataillon d'infanterie, en garnison à Lingen, qui avait été épargné jusque-là, devint tout à coup la proie de cette maladie, à la suite de la rentrée de deux permissionnaires infectés dans les provinces rhénanes de la Prusse, la désinfection fut étendue à toutes les pièces de la caserne, sans exception. Chambres d'officiers, de sous-officiers, de soldats, de femmes de compagnie, magasins, salles de police, cachots, corps de garde, latrines, etc., tout fut fumigé à deux ou trois reprises pendant quelques jours, puis largement ventilé ; les murailles des chambres, des corridors, escaliers, etc., furent râclées, puis recouvertes d'une couple de couches de chaux appliquée à la brosse. Tout ce qui était boiserie (rampes d'escaliers, planches, lits de camp, porte-manteaux, tréteaux, planches à pain, guérites, etc.) fut gratté, écuré, lessivé. Les objets de couchage, ceux d'armement, d'habillement, d'équipement, furent, d'après leur nature, passés aux fumigations, lessivés, bouillis, écurés, frottés au sable, à la pierre, etc. On détruisit par le feu les doublures d'habits, vestes, capotes, schakos, bonnets de police, etc.; les mouchoirs, cols, brosses, peignes, et les objets d'habillement hors d'usage. Après qu'une quantité suffisante d'objets eut été nettoyée, fumigée, assainie, et une partie de la caserne assainie et désinfectée, les hommes furent conduits par escouades dans des locaux où avaient été préparés des baignoires et des cuvelles remplies d'eau chaude, du savon, des brosses, etc.; ils durent s'y dépouiller de leurs vêtements, qui furent enlevés aussitôt; après s'être lavés, ils se vêtirent d'objets déjà désinfectés, et allèrent occuper les chambres préparées pour les recevoir.

Autour de ces moyens, se groupent diverses autres prescriptions qui concourent à former un ensemble complet de mesures propres à amener la réalisation du but que l'on se propose.

On ne doit jamais perdre de vue que les faits ont démontré que de toutes les causes d'aggravation et d'extension de l'ophthalmie contagieuse, les plus puissantes sont l'encombrement et le défaut d'aération et de ventilation des locaux.

L'espacement des lits constitue donc un point hygiénique de la plus haute importance. Il ne doit pas être réglé, comme cela se fait dans beaucoup de pays, d'après la largeur et la longueur des chambres ; les enseignements scientifiques acquis doivent y présider

Ainsi, on sait que la capacité d'air nécessaire à l'existence de l'homme est de 6 mètres cubes par heure; la durée moyenne de la nuit étant de huit heures dans les armées, il en résulte que l'espacement des lits doit être tel que chaque soldat dispose de plus de 48 mètres cubes d'air pour la durée de cette nuit. Il faut certainement tenir note, pour la détermination de cette capacité, de la ventilation accidentelle qui s'opère par les fissures des fenêtres, par celles des portes, par les allées et venues durant la nuit; il faut également faire entrer en compte la ventilation artificielle et inoffensive que l'on peut établir; mais il faut se garder d'exagérer, comme on est souvent disposé à le faire, l'importance du renouvellement de l'air qui est ainsi opéré. Les calculs dans lesquels on a fait entrer la ventilation accidentelle et artificielle dans une juste mesure, ont pour résultat qu'un espace réel de 20 mètres cubes environ est nécessaire pour qu'un homme placé dans une chambre dispose de 45 à 50 mètres cubes par nuit de huit heures; dans les chambres plus ou moins hermétiquement fermées, dans celles qui n'ont pas de fenêtres percées à l'opposite, dans les contrées où la température est habituellement élevée, et surtout dans un corps où l'on craint l'extension de l'ophthalmie, cet espace doit être plutôt exagéré qu'amoindri.

Il va de soi que dans les salles destinées aux ophthalmiques et aux granulés, la capacité cubique d'air doit être plus considérable encore.

On a reconnu que le meilleur moyen d'empêcher l'imprégnation de l'air des salles par les miasmes ophthalmiques, cause si puissante d'aggravation et d'accidents chez les malades, consistait à diviser les hommes en traitement par catégories, selon que la sécrétion fournie par leurs paupières est plus ou moins abondante, que leur maladie est plus ou moins aiguë. Leur état s'améliore d'autant plus promptement et plus sûrement, leur guérison est d'autant plus hâtée et moins entravée par des exacerbations, qu'ils sont plus largement logés, que l'atmosphère des chambres qu'ils occupent est moins aisément corrompue par leurs émanations. C'est cette observation qui a fait proposer de donner, en moyenne, dans les hôpitaux, un espace triple, et dans les dépôts de granulés un espace double de celui reconnu nécessaire pour les hommes sains.

L'aération et la ventilation des salles de malades et des chambres de caserne méritent la plus sérieuse attention; le soin ne peut pas

en être abandonné au premier venu, et surtout aux soldats eux-mêmes.

Les fenêtres et les portes ne doivent jamais être simultanément ouvertes, si ce n'est pendant les moments où tout le monde est sorti ; et si cela ne peut être, soit à cause de l'état des malades, lorsque c'est à l'hôpital, soit à cause du mauvais temps et parce que l'on n'a pas à sa disposition un lieu convenablement abrité (condition si nécessaire), il faut prendre les plus grandes précautions pour que des courants d'air ne soient point produits. L'aération et la ventilation constituent réellement une opération délicate, à laquelle doivent toujours présider les officiers et sous-officiers dans les casernes, les infirmiers-majors sous la surveillance des administrateurs dans les hôpitaux et les dépôts de granulés; les médecins ne sauraient être, à cet égard, trop prodigues de conseils.

Les effets de l'encombrement se produisant surtout pendant la nuit, il est indispensable qu'une bonne ventilation artificielle soit établie, dans le but de renouveler l'air sans discontinuation et d'une manière insensible. Cette ventilation est indispensable dans les salles d'hôpitaux et les salles de granulés; elle ne peut également pas être négligée dans les casernes.

Le système à employer doit nécessairement varier d'après la disposition des locaux. Il remplit son objet s'il fait que l'air est facilement renouvelé sans qu'aucun courant sensible soit produit.

L'usage de carreaux ventousés, ouverts en dehors par leur partie inférieure ou supérieure, et placés près du plafond, est assez généralement admis. Il ne répond pas complétement au but que l'on se propose; il a d'ailleurs des inconvénients résultant de ce que le vent s'y engouffre aisément. Je leur préfère des carreaux en fil métallique à trame serrée, à travers lesquels l'air s'échappe et pénètre insensiblement. J'ai expérimenté ce genre de carreaux dans l'établissement ophthalmique que je dirige ; j'ai retiré de leur application, combinée avec de larges ouvertures mobiles pratiquées aux cheminées, des avantages que je ne saurais assez louer ; il m'est ainsi devenu possible de renouveler l'air par le haut ou par le bas, selon que je fais ouvrir ou fermer les ouvertures des cheminées, allumer ou éteindre le feu.

Dans quelques hôpitaux et casernes, on rencontre des ventilateurs ouverts au niveau du sol, ou à peu près ; on leur a reconnu, surtout au point de vue de notre ophthalmie, des inconvénients assez graves pour en ordonner la condamnation partout en Belgique.

Ces ventilateurs étaient combinés avec ceux placés aux fenêtres; des ouvertures aux plafonds ou aux cheminées, l'établissement de cheminées en bois pour les chambres qui n'en sont pas pourvues, sont infiniment préférables, quel que soit d'ailleurs l'appareil de ventilation appliqué aux fenêtres.

Lorsque, comme cela existe à la caserne de *San João de Deos*, les portes des chambres communiquent directement avec l'air extérieur, on réussit à en annihiler jusqu'à un certain point les effets fâcheux, en établissant à l'extérieur des cages en planches ou en maçonnerie, que l'on garnit d'une porte latérale fermant au moyen d'un poids fixé à une corde glissant sur une poulie.

Le système de couchage usité dans le régiment des Grenadiers ne me paraît pas très-heureux. Les lits de camp, lorsqu'ils sont abaissés, forment, si je ne me trompe, une espèce de lit commun. Il se produit ainsi une condition qui favorise la contagion immédiate. L'adoption de lits en fer, et pour une seule personne, serait très-avantageuse; ces lits, usités dans l'armée belge, sont aisément tenus propres: ils y ont rendu des services éminents quant à la diminution dans le chiffre des individus atteints de notre ophthalmie et de la gale.

La recommandation de MM. Beirão et Pulido, de comprendre des draps de lit dans les fournitures de couchage, de ventiler ces fournitures, de distribuer un essuie-mains à chaque homme, n'aura pas manqué immédiatement d'être écoutée.

Des instructions relatives au service intérieur doivent être jointes aux précédentes mesures. Voici, en résumé, ce qui a été ordonné aux chefs de corps de l'armée belge, indépendamment des prescriptions concernant l'aération, la ventilation et l'espacement des lits, etc.

A. Veiller à ce que les hommes n'aient jamais le cou comprimé, non-seulement lorsqu'ils sont dans l'inaction, mais aussi aux exercices, aux manœuvres, aux gardes, sur le lit de camp, etc.;

B. Surveiller strictement la propreté des casernes; s'attacher à en détourner toutes les causes susceptibles de détériorer l'air, telles que la fumée, la poussière, les vapeurs de toute espèce, etc.; empêcher d'ouvrir les fenêtres durant la nuit;

C. Ne jamais permettre aux soldats de se coucher tout habillés sur leurs lits. Empêcher qu'ils ne s'exposent pendant la nuit au froid pour uriner; à cet effet, faire établir dans les corridors et les couloirs, à proximité des chambrées, des baquets proprement tenus;

D. Défendre strictement aux soldats de se mouiller la tête en se lavant, le

matin ; les empêcher, sous les peines les plus sévères, de se laver à plusieurs dans le même vase, ou de se servir en commun d'un même essuie-mains;

E. Veiller à ce que les cheveux ne soient jamais coupés trop courts, dans quelque saison que ce soit ; toujours la nuque doit être suffisamment garnie;

F. Faire monter la garde le moins fréquemment possible ; faire en sorte de donner à chaque homme au moins trois nuits de repos ;

G. Entretenir la plus grande propreté dans les corps de garde ; y faire constamment régner une température modérée ; prescrire aux hommes de se débarrasser du col lorsqu'ils se couchent sur le lit de camp ;

H. Pendant l'été, faire exécuter les grandes manœuvres, les exercices, etc., avant ou après la chaleur, vers le soir ou de grand matin. Ne jamais fatiguer les soldats, surtout à jeun ; faire en sorte de respecter les heures de repas. Choisir de préférence, pour les exercices, une prairie ou un terrain non sablonneux ;

I. Ne pas exercer les recrues pendant plusieurs heures de suite au maniement des armes ; les faire marcher par intervalles ; chercher à varier leurs exercices;

K. Au retour des parades, gardes, manœuvres, marches et exercices quelconques, ordonner aux officiers et sous-officiers de surveiller activement les soldats, et de ne point leur permettre de s'exposer à des causes de refroidissement;

L. En marche, procurer à la troupe le plus d'aise, le moins de fatigue et de chaleur possible.

On ne saurait recommander assez instamment de se conformer de tout point à ces prescriptions, tant dans les casernes que dans les dépôts de granulés. Les occupations du soldat, dans ces derniers établissements, ne peuvent être déterminées que par le médecin chargé du service. Partout, les ordonnances des officiers de santé doivent être exécutées à la lettre; on doit leur fournir toutes les facilités possibles pour la surveillance des moyens hygiéniques prescrits, pour la recherche des soldats atteints de granulations et de gonorrhée (cette affection qui exerce presque toujours une influence si fâcheuse sur les yeux de ceux qui portent le germe de l'ophthalmie contagieuse), et pour l'éloignement immédiat des malades et des suspects.

Les mesures suivantes, destinées à prévenir la réimportation de l'ophthalmie dans le régiment des Grenadiers de la Reine, seront combinées avec la mise en pratique de celles qui précèdent.

1° Ne permettre, sous quelque prétexte que ce soit, que les recrues qui arrivent au corps, ou que les hommes qui y rentrent après une absence, de quelque courte durée qu'elle ait été, soient installés dans les chambrées avant d'avoir subi une visite médicale.

2° Recommander instamment aux chirurgiens chargés du service des dépôts de granulés, de ne laisser sortir de ces établissements que les individus radicalement guéris, chez lesquels il n'existe plus de granulations appréciables. Malheureusement les faits démontrent chaque jour que des conjonctives saines en apparence peuvent cependant recéler le germe de l'ophthalmie; les causes les plus légères font apparaître tout à coup l'altération granuleuse, en déterminent l'évolution complète. Cette remarque n'est pas moins vraie pour les personnes qui ont déjà souffert du mal et ont subi un traitement méthodique, que pour celles qui n'en ont pas encore été atteintes. Il suit de là que les hommes que l'on estime guéris, chez lesquels enfin l'œil nu ne peut plus découvrir la moindre trace de granulations, doivent être réputés, au moins pendant un certain laps de temps, en *état de suspicion.*

Je ne saurais assez engager à suivre jusqu'à un certain point la conduite qui a été tenue en Autriche, et qui consiste à former avec tous les hommes sortant des dépôts de granulés, et considérés comme guéris, des compagnies, des détachements spéciaux ; seulement, au lieu de les disséminer dans des cantonnements à la campagne, et d'exposer les habitants à l'infection, comme l'ont imprudemment fait les Autrichiens, on les enverrait dans des garnisons ou des campements présentant des conditions favorables ; on les y assujétirait aux exigences de la vie militaire, et après un temps d'épreuve de plusieurs mois, on les réintégrerait au corps.

Ces soldats devraient être visités chaque jour, de manière à permettre de séquestrer aussitôt ceux chez lesquels le mal viendrait à reparaître.

Il me reste encore à signaler les moyens capables d'empêcher la transmission de l'ophthalmie aux autres corps et à la population civile.

Il a été indiqué plus haut que les ophthalmiques et les granulés du régiment des Grenadiers ne pourraient avoir aucun rapport, ni avec les soldats des autres régiments, ni avec les habitants. A la rigueur, cette précaution ne suffit pas ; les Grenadiers trouvés sains devraient, comme cela s'est pratiqué en Hanovre, être tenus en quarantaine pendant quelque temps après leur séparation d'avec les granulés ; leurs malades envoyés à l'hôpital ne pourraient pas être confondus avec ceux des autres régiments ; tous les corps de garde de la garnison devraient être désinfectés et assainis ; des

postes spéciaux seraient assignés aux Grenadiers, non-seulement jusqu'à l'extinction de la maladie, mais même pendant plusieurs mois encore après que ce résultat aurait été obtenu.

Ce qui s'est passé dans ce corps d'élite suffit pour engager à s'assurer au plus tôt si le germe de l'ophthalmie contagieuse ne couve pas dans d'autres régiments de l'armée de S. M. T. F. Une recherche sévère et générale devrait être ordonnée; il serait prescrit de renouveler cette inspection tous les huit jours, comme cela a lieu pour la gale et la syphilis; les hommes arrivant au corps, recrues ou permissionnaires, devraient être toujours tenus en quarantaine jusqu'à la visite du médecin.

Pour ce qui est de la propagation à la classe civile, elle exige, pour être écartée :

1° Qu'aucun congé de convalescence ne soit accordé aux ophthalmiques, sous quelque prétexte que ce puisse être;

2° Que le licenciement des hommes devenus impropres au service à cause de la perte partielle ou totale de la vue ne puisse être opéré qu'après que les conjonctives ont repris leur aspect normal;

3° Que l'on adopte dans l'armée portugaise la mesure que M. le Ministre de la Guerre de Belgique a bien voulu prendre sur ma recommandation. La circulaire que M. le Lieutenant-Général baron Prisse a fait parvenir aux chefs de corps porte : « *qu'aucun congé,* » *soit de longue ou de courte durée, ne peut être délivré avant que le* » *médecin dirigeant le service sanitaire du corps ne se soit assuré, et* » *n'ait déclaré au dos de la cartouche, que le permissionnaire n'est* » *porteur d'aucun germe apparent de l'ophthalmie* (1). »

Le système de mesures que je viens d'exposer à Votre Excellence se compose, ainsi que je l'ai exprimé plus haut, de l'assemblage des moyens dont l'expérience a sanctionné la valeur, soit en Autriche, soit en Belgique ou en Hanovre. Son adoption immédiate ne saurait manquer d'être couronnée d'un plein succès; mais le gouvernement portugais doit se tenir pour averti qu'il ne saurait exiger trop sévèrement l'exécution entière, absolue, de toutes les prescriptions à décréter; les tâtonnements, les demi-moyens, la crainte de quelques dépenses, la négligence des recommandations

(1) Journal militaire officiel, 1847, p. 396.

que l'on pourrait croire exagérées, auraient indubitablement pour résultat de laisser échapper l'occasion de pouvoir se débarrasser du fléau qui paraît ne s'être développé jusqu'à ce jour que sur une petite échelle, et de permettre son extension aux autres corps et à la population. Le Portugal aurait alors à lutter contre la plus triste, la plus désolante et aussi la plus coûteuse calamité. Les enseignements fournis par ce qui s'est passé en Belgique sont trop instructifs pour que je ne me croie pas obligé d'appeler l'attention de Votre Excellence sur les causes qui ont amené chez nous le déplacement du foyer du mal.

J'ai montré dans mon *Histoire de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse,* et j'ai rappelé dans mon *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse qui règne dans la classe pauvre et ouvrière,* comment notre administration de la guerre, placée entre deux opinions défendues par des hommes également instruits et honorables, ne sachant le plus souvent quel parti prendre, eut recours, dans le but de dompter le fléau, à des moyens incomplets ou qui avaient été signalés comme dangereux, et ordonna trop tardivement des mesures sur l'utilité desquelles on avait attiré son attention.

C'est ainsi que, lors du licenciement d'une partie de l'armée belge, prescrit par un protocole de la Conférence de Londres, en 1833, et opéré dans un moment où l'ophthalmie sévissait avec une grande intensité parmi nos soldats, on comprit de préférence parmi les permissionnaires (suivant d'ailleurs en cela une pratique usitée) ceux qui avaient souffert ou souffraient encore des yeux. C'est ainsi qu'en 1834 eut lieu le renvoi dans leurs foyers (continué jusqu'en 1837) de tous les soldats qui portaient le germe du mal, en d'autres termes, de tous les *granulés,* renvoi conseillé par un oculiste prussien que notre gouvernement avait consulté et par une commission qui avait été instituée dans le but de rechercher les causes de l'ophthalmie et les moyens d'en diminuer la fréquence.

Ces mesures, la dernière surtout, combinées avec de nombreux envois en congé de convalescence d'ophthalmiques sortant des hôpitaux, avec de nombreuses réformes de soldats porteurs de *granulations chroniques,* de *boursouflement chronique des conjonctives,* sans parler d'autres prescriptions également malheureuses, eurent les plus déplorables conséquences, prévues dès l'abord par M. le docteur Fallot, qui n'avait cessé, depuis 1829, d'insister sur le rôle de la contagion, et avait proposé l'adoption de moyens prophylactiques en rapport avec cette opinion.

La maladie fut rapidement transplantée dans le peuple sur une échelle effrayante.

Le gouvernement ne tarda pas à acquérir des preuves incontestables, et malheureusement trop nombreuses, de la réalité de ce fait; des plaintes lui parvinrent de toutes parts; la presse s'en empara, et en 1837 les mesures dont il vient d'être question furent rapportées.

On était déjà complétement revenu, à cette époque, d'une très-grave erreur. On avait cru d'abord que les *granulations guérissaient, mais qu'on ne les guérissait pas;* l'expérience, le zèle de nos médecins militaires avaient démontré qu'il fallait renverser la proposition. Sur les instances de M. Vleminckx, Inspecteur général du service de santé militaire, on adopta le moyen conseillé par M. le docteur Fallot, moyen que j'avais recommandé vivement, avec un médecin de régiment autrichien, Burkard Eble : on forma deux dépôts de convalescents d'ophthalmie (l'un à Namur, l'autre à Ypres), « *sur lesquels durent être dirigés tous les hommes sortant des* » *hôpitaux, que les médecins déclaraient convalescents d'ophthalmie* » *et hors d'état de rejoindre leurs corps pour reprendre leur ser-* » *vice.* »

Le traitement des granulations fut rapidement poussé à un haut degré de perfection au dépôt de Namur, dont le service était confié à M. Loiseau, médecin de régiment, sous la surveillance de M. Fallot, médecin principal. Les résultats obtenus furent tels, le nombre des granulés se réduisit à ce point dans l'armée, qu'en mars 1840 on supprima les dépôts de convalescents d'ophthalmie. Les médecins des corps avaient été successivement envoyés à Namur pour se familiariser avec la pratique si délicate des cautérisations; des salles avaient été ouvertes dans chaque régiment pour le traitement des granulés. On commandait désormais au mal qui s'était si longtemps joué de tous les efforts; on pouvait croire maintenant à la possibilité de l'extirper des rangs de l'armée : ce résultat paraissait pouvoir être réalisé dans un avenir assez prochain.

Cet espoir ne tarda pas à s'évanouir. Il ne resta bientôt plus de doutes : le foyer du mal avait été déplacé. On voyait se réaliser la prévision de M. Gouzée : « *Les granulations,* avait-il dit, *se sont* » *propagées de l'armée dans la population, et celle-ci pourrait ainsi* » *lui rendre la maladie à son tour.* »

Les rapports des officiers de santé de l'armée s'accordaient à signaler une énorme proportion de granulés parmi les recrues n'ayant

encore eu aucun rapport avec le noyau des régiments. Se fondant sur les chiffres qu'il avait recueillis en visitant les miliciens avant leur incorporation, M. le médecin de régiment De Condé avait évalué, dès 1840, le nombre des granulés de la classe civile, en Belgique, à un sixième de la population ; en 1842, M. le docteur Gouzée s'exprimait ainsi : « *Si nous en jugions par ce qui se » passe chaque jour sous nos yeux, nous serions porté à élever encore » dans ce moment la proportion fixée par M. De Condé.* »

Les données statistiques que j'ai réunies et publiées dans mon *Rapport à M. Liedts, Gouverneur de la province de Brabant*, celles que j'ai fait connaître dans mon *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse*, prouvent que les évaluations de MM. De Condé et Gouzée, sans être exactes pour toutes les parties du pays, ne sont cependant pas exagérées en ce qui concerne les localités populeuses. Le Gouvernement belge n'a pas seulement à solder des pensions aux soldats que l'ophthalmie a rendus invalides ; il a encore à supporter des charges très-lourdes du chef de secours à accorder aux victimes que cette maladie fait dans la classe civile ; il doit chaque jour allouer des subsides aux administrations communales pour les aider à couvrir les frais d'entretien ou de traitement de leurs aveugles et de leurs ophthalmiques.

Je forme des vœux pour que le Gouvernement portugais fasse son profit de notre triste et malheureuse expérience ! Les intérêts de son trésor et ceux de l'humanité sont également engagés dans cette question !

Ma note est bien longue déjà ; et cependant il me reste encore à présenter à Votre Excellence un exposé détaillé des moyens thérapeutiques qu'il convient de mettre en usage pour combattre la maladie. Cet exposé me paraît d'autant plus utile que MM. Beirão et Pulido ne fournissent au sujet du traitement que des données tout à fait insuffisantes ou erronées. Ce n'est pas sans un indicible étonnement que j'ai vu ces deux médecins, que je sais si versés dans la littérature médicale, extraire de mon *Histoire de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse*, page 214, et reproduire (p. 1539, colonne 1, du *Diario*) comme exprimant l'état actuel de nos connaissances sur la thérapeutique des granulations, le résumé que j'ai rédigé, dans les premiers jours de 1835 (d'après l'ordre de M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée belge), des rapports dans lesquels les médecins des hôpitaux et des

corps rendaient compte des premières tentatives auxquelles ils s'étaient livrés. Si MM. Beirão et Pulido avaient lu plus attentivement mon ouvrage, ils auraient remarqué que j'exprime en toutes lettres que le passage qu'ils reproduisent ne se rapporte qu'à de simples essais ; ils auraient trouvé quelques pages plus loin (de la p. 235 à la p. 243) l'histoire des progrès imprimés, depuis 1834 jusqu'à l'époque de la publication de mes *Recherches statistiques* (1847), aux connaissances sur les moyens propres à combattre les granulations ; ils auraient appris que les efforts de nos médecins militaires, efforts auxquels je tiens à honneur de m'être associé, ont abouti à une méthode complète, qui a pour base la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, et dont la création et l'exposition sont surtout dues à MM. les docteurs Fallot et Loiseau.

Votre Excellence devant transmettre à Son Excellence M. le Ministre et Secrétaire d'État des Affaires de la Guerre de S. M. T. F. les observations qui m'ont été suggérées par la lecture des deux rapports insérés dans le *Diario do Governo*, je me trouve, à mon grand regret, contraint, par le départ du courrier qui doit emporter cette lettre, d'ajourner les considérations dans lesquelles j'aurais désiré entrer au sujet du traitement le plus favorable à instituer dans les diverses formes de la maladie. Je dois me borner à faire tenir à Votre Excellence un exemplaire d'une dissertation récemment publiée par un de mes élèves et exposant assez fidèlement l'état actuel de la thérapeutique de l'ophthalmie granuleuse, et un exemplaire de ma *Notice sur l'emploi de l'acétate de plomb neutre,* méthode qui remplace assez généralement aujourd'hui, dans le traitement de l'ophthalmie chronique, la cautérisation au moyen du nitrate d'argent ; j'y joins les *Nouvelles considérations* de M. Hairion, le *Mémoire* de M. Buys *sur l'emploi de l'acétate de plomb solide dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse,* ainsi que la collection des *Annales d'Oculistique,* journal que je publie, et dans lequel j'ai soigneusement enregistré, depuis plus de douze ans, tout ce qui a été publié sur cette matière, tant chez nous qu'à l'étranger.

Votre Excellence apprendra sans doute avec satisfaction que M. José Barbosa Leão, médecin de bataillon de l'armée portugaise, s'occupe d'une manière toute particulière, depuis qu'il séjourne à Bruxelles, de tout ce qui concerne l'ophthalmie militaire, et que la fréquentation assidue de l'Institut ophthalmique que je dirige lui fournit amplement l'occasion de se familiariser avec les diverses formes de cette maladie et les moyens propres à la combattre ; son inten-

tion est de rassembler dans un mémoire spécial toutes les données relatives à la thérapeutique, qu'il se propose d'exposer avec détail ; je ne négligerai aucun soin pour fournir à ce médecin laborieux et instruit des éléments capables de faire que son œuvre soit profitable à ses collègues de l'armée de S. M. T. F.

. . . . . .

. . . . . .

Veuillez agréer, Monsieur le Comte, la nouvelle expression des sentiments de haute estime avec lesquels j'ai l'honneur d'être,

de Votre Excellence,

Le très-humblement dévoué serviteur,

Dr Florent Cunier.

Bruxelles, 12 février 1850.

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DE CHANVRE INDIEN DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX ;

par le docteur **FÉLIX BINARD**,

Médecin de régiment au 1er Cuirassiers, à Malines.

Un médecin allemand, M. le professeur Wolff, a publié, il y a un certain temps, un travail curieux et intéressant sur le chanvre indien (*cannabis indica*). Il est entré dans les détails les plus circonstanciés sur l'histoire naturelle de cette plante, sur ses propriétés médicinales, son mode de préparation; la plupart des données qu'il expose sous ces divers rapports sont empruntées aux auteurs qui ont écrit avant lui sur cet agent thérapeutique, notamment à des médecins arabes et à des médecins anglais.

M. Wolff s'est livré à de nombreuses expériences avec le *cannabis indica* sur l'homme, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie. Il a fait usage d'une teinture alcoolique formée de 1 partie d'extrait de chanvre indien sur 9 parties d'alcool. Cette teinture contient donc 6 grains d'extrait résineux par gros de notre pharmacopée ; elle est d'un vert foncé, d'une saveur âcre ; quand on en verse quelques gouttes dans l'eau, la substance résineuse est en partie précipitée.

M. Wolff a eu recours à l'extrait de *cannabis indica*, dans un grand nombre d'affections dont je ne peux m'occuper dans ce journal spécial. Cet agent a toujours exercé une action calmante d'une puissance que l'on peut comparer à celle de l'opium et de la mor-

phine; souvent même son effet narcotique a été plus prononcé. Il n'a pas, comme l'opium et ses préparations, l'inconvénient de produire la constipation.

Le professeur allemand l'a surtout trouvé efficace dans les rhumatismes aigus et chroniques accompagnés de violentes douleurs, dans les névralgies rhumatismales, le cancer des organes internes.

La dose varie, suivant les individus, de 4, 8 à 12 gouttes, administrées deux fois par jour, ordinairement le soir (1), dans une cuillerée à bouche d'eau sucrée.

Dans le fait suivant, que j'emprunte au mémoire de M. Wolff, le *cannabis indica* a rendu de grands services; je fais suivre cette relation du récit d'une observation tirée de ma pratique.

Obs. I. — (M. Wolff.) — Une dame, âgée de 60 ans, prédisposée aux affections rhumatismales, opérée de la cataracte depuis deux ans et demi, contracta, à la suite d'un changement brusque de température, une violente ophthalmie rhumatismale qui altéra le bénéfice de l'opération, et s'accompagna de douleurs continues des plus intenses. Les médications les plus variées avaient inutilement été employées, lorsque, dans le courant de novembre 1846, par conséquent dans une saison défavorable, M. Wolff commença à administrer chaque soir à la malade 12 gouttes de teinture de *cannabis indica;* les douleurs ne tardèrent pas à diminuer graduellement; en peu de temps elles disparurent pour ne plus revenir. L'emploi du médicament a été continué pendant tout l'hiver sans le moindre inconvénient.

Obs. II. — M***, autrefois sujet aux rhumatismes, d'un tempérament nerveux très-prononcé, porte depuis fort longtemps une cataracte monoculaire qu'il dit être le résultat d'une lésion traumatique dont son œil a été le siége pendant sa jeunesse. Pendant très-longtemps cette cataracte n'a occasionné aucun autre inconvénient que la perte presque totale de la vision de l'œil dans lequel on la remarque; mais depuis un an, le moindre changement de température détermine une violente irritation de l'organe; une ophthalmie rhumatismale intense s'est enfin déclarée. Divers moyens topiques ayant été employés sans succès, M*** eut recours aux conseils d'un professeur de l'une de nos universités, qui s'occupe spécialement d'ophthalmologie. Dans un but dont il m'a été impossible de me rendre compte, le professeur a cru devoir pratiquer la ponction de la cornée. Était-ce une ponction exploratrice?... Comme c'était à craindre chez un individu aussi irritable que M***, cette opération fut immédiatement suivie du retour de vives douleurs occupant tout le globe et la région circum-orbitaire. C'est dans cet état que le malade réclama mon assistance.

Il présentait alors tous les symptômes d'une ophthalmie rhumatismale; les douleurs, toujours assez violentes, s'exaspéraient considérablement vers le soir et pendant la nuit; elles augmentaient notablement sous l'influence du moindre changement de température.

(1) Voir le travail de M. Wolff, dans la *Medicinische Zeitung herausggb. von d. Verein f. Heilkunde in Preussen,* 1848, nos 23-25.

Après avoir employé quelques antiphlogistiques et calmants locaux, je prescrivis quelques moyens généraux dirigés contre l'affection rhumatismale; j'insistai surtout sur l'usage de la poudre de Dower, à la dose de 12 grains chaque soir, avant de se mettre au lit. Un collyre avec l'eau de laurier-cerise et une faible dose de sublimé corrosif a constitué plus tard le seul agent topique. Sous l'influence de ces moyens et de quelques révulsifs cutanés et intestinaux, l'affection s'est promptement améliorée, et l'état du malade, sur lequel on avait eu quelques inquiétudes, devint bientôt très-supportable.

Cependant il restait toujours une grande irritabilité nerveuse qui se faisait sentir douloureusement dans l'œil à chaque changement de température et pouvait faire craindre une récidive de l'ophthalmie rhumatismale. C'est alors que j'ai prescrit la teinture de *cannabis indica;* d'abord à la dose de 8 gouttes et successivement jusqu'à 20 gouttes, prises le soir avant de se coucher. Depuis cette époque, la santé de M *** a gagné considérablement : l'irritabilité nerveuse a cessé comme par enchantement. L'inflammation et toute espèce de douleurs ont complétement disparu de l'œil, qui n'a pas joui d'un état de calme aussi parfait depuis bien longtemps, malgré la saison défavorable dans laquelle nous nous trouvons maintenant (janvier 1850).

Ce résultat m'a paru assez important; rapproché de celui obtenu par le même moyen dans le premier cas, cité plus haut, il me semble digne de fixer l'attention des médecins qui auront à traiter de semblables affections rhumatismales de l'œil, qui sont toujours si pénibles pour les malades.

DU RAMOLLISSEMENT DE LA CORNÉE QUI SURVIENT DANS LES MALADIES CONSOMPTIVES;

par le docteur DE HUBSCH, de Constantinople.

Le ramollissement de la cornée transparente, que les auteurs décrivent sous le nom de *kératomalaxie*, est une de ces affections que l'on rencontre fréquemment *partielles,* dans l'inflammation chronique de cette membrane de l'œil, et à la suite des ophthalmies scrofuleuses. On observe le ramollissement total de la cornée dans les ophthalmies purulentes, l'ophthalmie égyptienne, et celle des nouveau-nés. Les causes qui produisent alors la kératomalaxie sont externes; elles agissent du dehors au dedans, et entament graduellement les couches cornéennes. La fréquence de la kératomalaxie dans la troisième et dernière période de la phthisie pulmonaire, dans la période adynamique de certaines fièvres, dans la cachexie consécutive aux maladies de long cours, a particulièrement fixé mon attention.

J'ai eu occasion de recueillir treize observations de ce genre dans l'espace de dix-huit mois à l'hôpital de *Gulhané;* sauf de légères

modifications, la maladie a presque constamment suivi le même cours, la même marche, a eu la même terminaison fatale ; huit cas de cette espèce se sont présentés sur des phthisiques, deux sur des scorbutiques, deux sur des individus atteints de dyssenterie rebelle et dont les poumons nous ont paru parfaitement sains, et le dernier enfin sur un sujet miné par les fièvres paludéennes et réduit au marasme ; pour éviter des répétitions et des longueurs, je me bornerai à la description d'un seul cas, et je signalerai les particularités que j'ai pu trouver ailleurs.

Obs. — Omer Ibrahim, du Kurdistan, soldat du 6e régiment de la garde impériale, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital le 2 juin dernier. Diagnostic : phthisie tuberculeuse au 3me degré, caverne occupant le lobe supérieur du poumon droit, émaciation et faiblesse extrêmes. Le 6, je trouvai les conjonctives légèrement injectées ; le lendemain, un nuage de forme semi-lunaire, à convexité en bas, occupait la face interne et inférieure de chaque cornée : traitement antiphlogistique local. Le 8, le mal a empiré rapidement, la cornée droite est ramollie et ulcérée sur plusieurs points ; l'iris s'est fait jour à travers les ouvertures, et forme le *staphyloma racemosum* des auteurs ; la cornée gauche est ulcérée dans sa face interne, un hypopyon de matière gluante, visqueuse, jaunâtre, occupe les deux tiers de la chambre antérieure ; l'iris est refoulé en arrière et en partie désorganisé. Le 9, la cornée droite est complétement désorganisée, l'œil a perdu sa forme et son volume et ne présente plus qu'un moignon qui suppure ; la cornée gauche s'est ulcérée ; la matière qui constitue l'hypopyon, gluante et concrète, s'enlève par morceaux. Le 10 au matin, le malade expire.

Cette mort des parties avant le tout, cette extinction graduelle de la vie, cette dissolution d'un être, est chose vraiment pénible et douloureuse ; mais la nature a voulu mitiger le mal en enlevant au patient la conscience et le sentiment des souffrances, et en le berçant d'illusions et d'espérances vaines ; en effet, durant cette désorganisation des yeux, je n'ai jamais entendu la moindre plainte de la part du malade ; il reste couché et meurt sans s'en apercevoir ; il exhale son dernier soupir comme un simple acte d'expiration, sans agonie, sans douleur (1).

La section de la branche supérieure ou ophthalmique de la cinquième paire sur les animaux vivants a déterminé le ramollissement de la cornée, l'atrophie de l'œil. Cette expérience, pratiquée

(1) J'ai vu quelquefois l'abcès de la cornée occuper le centre de cette membrane ; mais le plus souvent il se trouve vers la partie inférieure, comme je l'ai décrit. Dans deux cas la désorganisation a été plus lente : elle s'est effectuée dans l'espace de dix jours ; mais le terme ordinaire est de trois à quatre jours. Une seule fois j'ai été forcé de pratiquer la ponction de la cornée pour donner issue au pus ; la cornée, dans ce cas, était molle et flasque.

d'abord par M. Magendie, répétée ensuite par tous les physiologistes, est très-concluante et suffit pour expliquer le phénomène dont il est ici question. Or, qu'arrive-t-il dans la troisième période de la phthisie, dans le dernier degré du marasme? L'hématose est viciée, le sang arrive en petites quantités et mal élaboré aux tissus et aux organes ; ceux-ci, mal nourris, s'affaiblissent et meurent. La mort d'un nerf amène naturellement la mort des parties qu'il alimente, comme le tarissement d'un fleuve amène la sécheresse des champs qu'il parcourt ; cette théorie est la seule que nous puissions, que nous devions admettre. Elle est basée sur des faits physiologiques constants, mille fois répétés, elle nous rend compte de la fréquence et de la rapidité de ce travail morbide dans le dernier degré des maladies consomptives.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Archives générales de médecine.

Du strabisme droit ou direct; par M. L. Corvisart. — Nous avons publié ce mémoire dans notre XXII^e^ volume, pp. 193-213. Voici en quels termes il en est rendu compte dans la *Gazette médicale de Paris.*

«Qu'on suppose un des muscles droits de l'œil atteint de paralysie complète sans racourcissement du muscle antagoniste, l'œil au repos restera droit. Si, au contraire, le sujet cherche à diriger ses deux yeux dans le sens de l'action du muscle paralysé, — en haut, en bas, à droite ou à gauche, suivant le siége de la paralysie, — pendant que l'œil sain obéit à l'impulsion de la volonté, l'œil affecté reste immobile, et sa persistance dans sa situation normale contraste avec la direction imprimée à l'œil sain. C'est ce contraste, produit par cette cause, et résultant de ce mécanisme, que l'auteur appelle du nom de *strabisme droit.* Partant de cette donnée, M. Corvisart passe en revue tous les auteurs, rappelle les diverses théories connues du strabisme, et il en conclut que jusqu'ici aucune théorie, aucun auteur n'avait compris le *strabisme droit* dans sa classification.

» Quelque opinion qu'on se forme des idées de l'auteur, on ne saurait s'empêcher de reconnaître dans son travail une grande finesse d'analyse, et un excellent ton de discussion. Il est à regretter que le fond n'y réponde pas-à la forme.

» Le strabisme est une difformité. Il n'y a point de strabisme sans déviation d'un ou des deux yeux. C'est le changement de direction qui constitue le caractère même de la difformité. Le langage de tous les peuples, depuis les Grecs et les Latins, l'a ainsi consacré ; c'est donc déjà une tentative périlleuse que de vouloir fausser le langage usuel ; et cette intention devient une erreur, une faute, quand elle a pour résultat de vouloir faire rentrer dans un cadre méthodique un fait qui ne s'y rapporte pas. Tel est le cas de M. Corvisart. Or son strabisme droit n'est pas un strabisme, c'est tout simplement un symptôme de la paralysie d'un des muscles droits de l'œil, laquelle produit une désharmonie passagère des yeux, mais non une déviation anormale d'un ou des deux yeux. Voilà pour la définition.

» Quant au fait signalé par M. Corvisart, et qu'il regarde comme infiniment rare, il est, au contraire, extrêmement fréquent, surtout depuis l'opération du strabisme par la méthode qui coupe tout. Dans son travail sur le strabisme consécutif, M. J. Guérin a fait remarquer que presque tous les sujets auxquels on a divisé l'un des muscles droits par la méthode ordinaire offrent à un degré plus ou moins prononcé l'état que M. Corvisart appelle strabisme droit, c'est-à-dire que, par suite de l'excision d'une partie du muscle divisé, et par suite de la non-réunion des tronçons restants, l'œil reste privé de mouvement dans le sens de ce muscle : d'où il suit que lorsque le sujet veut regarder de côté, l'œil opéré reste fixe en place, tandis que l'autre marche au gré de la volonté. M. Corvisart a cité, d'après M. Verhaeghe, un exemple de ce genre. Ils sont, comme nous l'avons dit, très-communs à Paris. De l'aveu des opérateurs les plus habiles, ils constituent le succès de la méthode.

Le même fait existe dans certains cas de *paralysie peu ancienne* d'un des muscles, et M. J. Guérin l'avait signalé dès longtemps, non-seulement à l'œil, mais dans toutes les parties du corps, pour témoigner contre l'opinion commune, qui suppose que la paralysie d'un muscle entraîne nécessairement une déviation dans le sens du muscle antagoniste resté sain. Cette déviation ne vient qu'à la longue aux yeux comme ailleurs, et elle est précisément le résultat d'un mouvement répété dans un sens pendant longtemps sans antagonisme. Nous sommes donc obligé de conclure que M. Corvisart a improprement appelé *strabisme droit* un simple symptôme de paralysie, ou d'absence d'action d'un des muscles droits de l'œil.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Waarnemingen en Mededeelingen uit het gebied der Oogheelkunde; door Dr Snabilié, eersten officier van Gezondheid, etc. (Extrait du journal *Nederlandsch Lancet.*) — La Haye, 1849, brochure in-8°.

Réunissant dans un seul fascicule quelques-uns de ses travaux pratiques sur l'ophthalmiatrie, notre laborieux collaborateur, M. le docteur Snabilié, vient d'en faire une publication séparée. Déjà, à l'occasion d'autres collections du même genre, nous en avons fait ressortir l'utilité. Il arrive souvent que des faits curieux, d'intéressantes observations, sont déposés par leurs auteurs dans des recueils périodiques différents (c'est ainsi qu'il en est peu en France qui, dans les derniers temps, n'aient reçu du docteur Sichel d'importantes communications), et comme il est impossible au praticien d'être abonné à tous, il s'ensuit nécessairement que beaucoup de ces travaux ou lui restent absolument inconnus, ou ne lui parviennent que par des extraits incomplets, quelquefois infidèles. Aussi, et ceci s'adresse tout particulièrement au savant et infatigable collaborateur dont je viens de citer le nom, serait-il fort à souhaiter que lui aussi réunît en un seul corps et publiât ainsi tant de beaux travaux épars jusqu'ici dans les journaux.

Le premier mémoire de M. le docteur Snabilié a pour objet l'iritis et la kératite. Il rapporte un fait bien concluant d'iritis intermittente et périodique. Ce nouvel exemple à ajouter au petit nombre de ceux que la science possède déjà, a été reproduit pp. 226-227 de ce journal.

Un second mémoire a trait à la blennophthalmie; il y recommande, en appuyant cette recommandation sur des faits, l'azotate d'argent largement employé (1). Il a parfaitement raison. Nous ne pensons pas qu'en efficacité et en sûreté un seul agent thérapeutique puisse être comparé à ce sel d'argent, dans cette formidable affection, où une seule minute d'hésitation et de perte de temps peut compromettre le salut des yeux malades.

Dans un troisième, le docteur Snabilié présente quelques considérations sur l'emploi de l'acide cyanhydrique dans le traitement des maladies oculaires; il s'y montre peu favorable (voir *Annales d'Oculistique,* vol. IX, p. 80).

Il rapporte ensuite le fait d'une kératite chronique avec amblyopie amaurotique et atrophie commençante du globe de l'œil à la

(1) Voir *Annales d'Oculistique,* vol. XX, p. 121.

suite de la section du rameau sus-orbitaire de la cinquième paire, et se livre à ce sujet à d'intéressantes recherches sur les fonctions de cette paire de nerfs dans l'accomplissement de la vision. Ce fait a été consigné par l'auteur dans le volume XIX, p. 109, de ces *Annales*.

Dans un sixième mémoire enfin, il relate plusieurs observations d'amblyopie et d'amaurose, et cherche à fixer quelques-unes des conditions tant organiques que dynamiques propres à les produire.

Quoique ces travaux aient, dans l'esprit de leur auteur, un but essentiellement pratique, il a parfaitement compris que, dans l'état actuel de la médecine, des préceptes techniques qui n'auraient pas une base scientifique seraient dépourvus de valeur et n'auraient aucune garantie de durée. C'est à donner cette base à sa pratique qu'il s'est tout spécialement attaché, et ses efforts n'ont pas été infructueux. Aussi sa brochure sera-t-elle lue avec plaisir et consultée avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès réels de l'art.

FALLOT, D. M.

Medico-chirurgical Transactions of the Royal medical and surgical Society of London. — Vol. XXXI. 2e série, vol. XIII. — Londres, Longman et Cie, 1848, 8° pp. 552, avec 9 planches et fig. sur bois.

Parmi les nombreux travaux de haute valeur que renferme ce nouveau volume des Transactions médico-chirurgicales de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, nous avons trouvé un fait intéressant communiqué par M. Mac-Whinnie, professeur d'anatomie comparée à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres. Il s'agit d'une femme qui, après un avortement au quatrième mois, fut atteinte d'une parophthalmite phlegmoneuse consécutive à une métropéritonite. Il se manifesta en même temps sur plusieurs parties du corps des dépôts purulents qui disparurent par résorption, à l'exception d'un seul placé dans l'articulation tibio-fémorale gauche; celui-ci s'ouvrit et l'ankylose du genou en fut la conséquence. L'œil, comme on le conçoit aisément, fut perdu. C'est à Marshall Hall et à Hyginbottom qu'on doit les premières études sur ces ophthalmies dévastatrices dont l'état puerpéral s'accompagne, et leur corrélation avec la métrophlébite fut démontrée plus tard par Arnott et Robert Lee. Heureusement ces complications sont rares. Sur cent cas de métrophlébite publiés par Lee, on ne la trouve qu'une seule fois. Plus tard, le même auteur en a communiqué encore trois cas

dans le volume XXVIII du recueil dont le titre est inscrit en tête de cette notice.

Medical Topography of the City of Mexico, by Dr Robert Newton, medical Staff U. S. Army. — New-York, Langley, 1848, 8° pp. 16.

L'auteur a fait partie, en qualité de médecin d'état-major, de l'expédition que les États-Unis d'Amérique ont dirigée, il y a quelques années, contre le Mexique. Le séjour qu'il a fait à Mexico lui a permis de recueillir des données très-importantes sur la topographie médicale de cette ville, et, dès son retour à New-York, il s'est empressé de les publier. — M. Newton confirme de tout point ce qui nous a déjà été communiqué à diverses reprises au sujet de la fréquence des maux d'yeux à Mexico; d'après ses observations, la cécité qui s'y remarque le plus ordinairement est due à l'occlusion pupillaire ou à l'obscurcissement vasculaire de la cornée; l'inflammation hypertrophique et granuleuse de la conjonctive palpébrale y constitue la maladie oculaire la plus fréquente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Arthur Jacob. — *A Treatise on the Inflammations of the Eyeball.* — Dublin, 1850.

(Sous ce titre, le rédacteur de la ***Dublin medical Press*** publie un traité sur les inflammations du globe de l'œil de nature scrofuleuse, rhumatismale, arthritique, syphilitique, gonorrhoïque, *post-fébrile*, et névralgique; sur les inflammations circonscrites de la cornée, de la membrane de l'humeur aqueuse, du cristallin et de la rétine; sur les inflammations traumatiques, et les ophthalmies sympathique et phlébitique.

Le traité du docteur Jacob est mis en vente à Dublin, chez Fannin, et à Londres, chez Churchill; il forme un volume petit in-8° qui se vend 5 schellings et 6 deniers.)

Bowman. — *Lectures on the Parts concerned in the Operations on the Eye and on the Structure of the Retina, delivered at the Royal London Ophthalmic Institution : to which are added, a Paper on the Vitreous Humor, and also a Few Cases of Ophthalmic Disease.* — London, 1849, Longman and Co, 8°, pp. 155.

F.-H. Bretт. — *A Lecture on the Eye, its Mechanism and optical powers, with directions for the preservation of the Sight.* — London, 1848, Churchill, 8° pp. 44.

Beck (Bernhard). — *Ueber die Verbindungen des Sehnerven mit den Augen-und Nasenknoten, sowie über den feinern Bau dieser Gangliën.* — Heidelberg, 1849, J. Groos, gr. 8° pp. 54, avec une planche lithographiée.

Weber (W.-C.-H.). — *Ueber die Xerosis coniunctivae.* — Giessen, Brühl, 1849, 8° pp. 49. (Dissertation inaugurale.)

De Düring. — *De sclerotitide et staphylomate.* — Dissertatio inauguralis. — Gottingae, Dieterich, 1849, 4° pp. 26, cum tabula color. illustr.

W. Froebelius. — *Bericht uber die Ophthalmia neonatorum beobachtet in dem Kaiserlichen St.-Peterburgischen (Findelhause) Erziehungshause, nach der numerische Methode bearbeitet in Jahre* 1849. — St.-Petersburg, Eggers u. Co, 1850, 8° pp. 33.

Jules Ansiaux. — *Relevé statistique du Dispensaire ophthalmique de Liége, année* 1849. — Liége, Lardinois, 1850, 8° pp. 8.

J.-E. Pétrequin. — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon,* ou *Compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années.* — Paris. J.-B. et G. Baillière, 1850. 8° pp. 90.

A. Nélaton. — *Parallèle entre les divers modes opératoires dans le traitement de la cataracte.* — Paris, Germer-Baillière, 1850, 8° pp. 138.

(Thèse présentée et soutenue le 7 février 1850, au concours pour la chaire d'opérations et de bandages vacante à la Faculté de médecine de Paris. — Une analyse de cette thèse sera insérée dans notre prochaine livraison.

Chronique.

Lisbonne. — La question relative à l'ophthalmie qui règne dans le régiment des Grenadiers de la Reine sera prochainement discutée dans la Société des sciences médicales de notre ville. — Cette compagnie a récemment conféré le titre de membre correspondant à M. le docteur Jules Ansiaux, de Liége, collaborateur des *Annales d'Oculistique.*

Madrid. — Sous ce titre : *Gabinete oftalmologico o Coleccion y Tratado de las enfermedades de los ojos y organos accessorios representadas en relieve*, la librairie de Monnier et celle de Gaspar y Roig publient le prospectus d'un *cabinet ophthalmologique* qui comprendra la figure en relief des maladies de l'œil et de ses annexes et d'un certain nombre d'opérations de chirurgie oculaire; cette collection sera accompagnée d'un texte explicatif. — L'ouvrage formera 12 à 16 livraisons du prix de 9 réaux à Madrid et de 11 réaux pour la province et l'étranger. — Le nom de l'auteur n'est pas indiqué. — Le prospectus promet de bien magnifiques choses!

Munich. — Le célèbre professeur De Walther est mort en cette ville dans le courant du mois de janvier. La publication de son traité des maladies des yeux, formant deux volumes de son *System der Chirurgie*, est terminée depuis environ un an.

Paris. — Dans sa dernière séance, l'Association des médecins et naturalistes allemands de Paris a conféré le titre de membres correspondants à M. Boisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, et à M. G. Rau, professeur à la Faculté de médecine de Berne. M. Florent Cunier a été nommé, dans la même séance, membre honoraire de la Société.

Corrigenda.

Les *corrigenda* suivants nous sont signalés :

1° Par M. d'Hombres-Firmas, vol. XXII, p. 73, ligne 28, au lieu de : *Je vais*, il faut lire : *Je viens de.*

2° Par M. Charles Deval, vol. XXII, p. 192, lignes 29 et 30, au lieu de : *Le peu de fréquence du strabisme convergent, après que le muscle droit* interne *a été coupé, démontre, etc.*, il faut lire : *après que le muscle droit* externe *a été coupé.*

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXIII. — 4e série. Tome 5e. — 3e livraison.

31 MARS 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES GRANULATIONS PALPÉBRALES;

par M. le docteur F. HAIRION,

Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Louvain.

(Lu dans la séance du 26 janvier 1850 de l'Académie royale de médecine de Belgique.)

Le sujet que j'aborde a été traité si souvent et par des hommes que je tiens en si haute estime, que j'ai hésité longtemps si je communiquerais actuellement ce travail à l'Académie, ou si j'attendrais, pour le faire, que de nouvelles recherches, des faits plus nombreux, vinssent confirmer des opinions qui diffèrent presque en tout point de celles de mes prédécesseurs.

En présentant aujourd'hui ce mémoire à la Compagnie, j'ai voulu apporter à la solution d'une question sur laquelle l'attention des médecins de l'armée vient, par des travaux récemment publiés, d'être appelée de nouveau, les éléments que ma position m'a mis à même de recueillir.

Ne semblerait-il pas qu'après les nombreuses recherches qui ont été publiées sur les altérations pathologiques de la conjonctive dans l'ophthalmie de l'armée, ce sujet dût être entièrement épuisé? Il s'en faut cependant de beaucoup, et la confusion qui règne à cet égard est telle qu'il n'est peut-être pas un seul point de cette question qui ne soit aujourd'hui encore l'objet des interprétations les plus diverses, des opinions les plus contradictoires.

Je m'estimerais très-heureux si, en intervenant dans cette discussion, je parvenais à jeter quelques lumières sur une question à la solution de laquelle se rattachent de si grands intérêts; car, dans ma conviction, la fixation définitive du traitement de l'ophthalmie de l'armée, si toutefois elle est possible, est là tout entière; et aussi longtemps que ce traitement ne reposera pas sur des données anatomico-pathologiques positives; aussi longtemps que nous ignorerons la nature, le mode d'évolution, les circonstances

au milieu desquelles se développent les altérations de la conjonctive que nous voyons apparaître dans cette maladie; aussi longtemps enfin qu'on n'aura pas défini la part qui revient dans la production de ces altérations à la cause spéciale de l'ophthalmie, au travail inflammatoire qui l'accompagne, aux agents thérapeutiques employés, tout sera vague, incertain, empirique dans les mesures et le traitement dirigés contre ce fléau.

Mais d'où vient donc ce défaut d'entente sur un sujet si restreint en apparence, et qui, depuis trente ans, a exercé l'intelligence de tant d'hommes éminents, et a été, de leur part, l'objet des recherches les plus minutieuses? On peut à cela assigner plusieurs causes.

La première, et aussi la plus importante de toutes, c'est l'ignorance dans laquelle nous nous trouvions naguère encore relativement à la structure intime de la conjonctive. Pour les uns, cette membrane est munie d'un corps papillaire, de glandes muqueuses, de villosités; pour d'autres, elle n'est pourvue que d'une partie de ces éléments ou même ne possède aucun d'eux; les uns reconnaissent le passage de la conjonctive avec tous ses éléments constitutifs au-devant de la cornée, tandis que d'autres se refusent à admettre ce passage, ou ne l'accordent que pour l'épithélium seulement, ou l'épithélium et le corion, et non pour les granules muqueux; il en est enfin qui vont jusqu'à contester à la conjonctive les attributions des membranes muqueuses parmi lesquelles les médecins, depuis Bichat, l'ont généralement rangée.

Une autre cause qui a également beaucoup contribué à augmenter cet état de confusion, c'est la diversité d'altérations que présente la conjonctive chez ceux qui ont longtemps souffert de l'ophthalmie de l'armée, et la difficulté, au milieu de ce dédale, d'apprécier ce qui est primitif de ce qui est consécutif, de ce qui n'est que la suite du travail inflammatoire, de l'action des agents thérapeutiques mis en usage et de diverses autres circonstances susceptibles de compliquer l'altération première et essentielle.

On comprend, d'après ce qui précède, toute l'utilité d'avoir des idées nettes, précises sur l'organisation intime de la conjonctive, avant de pouvoir en étudier avec fruit les diverses altérations pathologiques. Ce motif m'engage à faire précéder ce travail d'une description rapide de cette membrane. Grâces aux travaux réunis de P.-G. Valentin, Henle, Werneck, etc., ma tâche ne sera pas difficile. Ce n'est pas toutefois qu'il existe à ce sujet, entre ces divers

auteurs, une entente parfaite; aussi, n'ai-je pas puisé ma conviction exclusivement dans leurs publications; j'ai mis encore à profit les entretiens que j'ai eus avec plusieurs anatomistes distingués; mais ce qui m'a été du plus grand secours pour établir ma conviction, pour élucider certains points demeurés obscurs dans mon esprit, c'est, sans contredit, l'étude au microscope des altérations pathologiques de cette membrane elle-même.

§ I. — Anatomie physiologique. — Cette membrane appartient à l'ordre des muqueuses; elle en présente la structure et en a les fonctions. Elle est composée de trois parties distinctes : l'épithélium, le corion et les glandes mucipares; ces trois couches amoindries dans leurs éléments passent au-devant de la cornée.

A. L'épithélium présente les caractères de l'épithélium en pavé sur la conjonctive du bulbe, et ceux de l'épithélium vibratoire sur la conjonctive palpébrale.

B. Le corion, ou couche fibreuse, est composé de tissu cellulaire condensé et réuni en faisceaux qui s'entrecroisent dans tous les sens.

C. Les glandes mucipares sont des corpuscules, de petites cavités closes, variables en volume, disséminées à la surface du corion.

Tels sont, si on y ajoute l'existence de filets nerveux et de vaisseaux, les divers éléments constitutifs de la conjonctive.

Cette membrane ne présente pas de villosités; on n'y rencontre pas non plus ces enfoncements sacciformes, ces dépressions si nombreuses sur d'autres muqueuses, et auxquelles on a donné le nom de follicules muqueux. Les seuls organes glandulaires que renferme la conjonctive, si nous en exceptons la caroncule lacrymale et les glandes de Meïbomius qui ne lui appartiennent pas en propre, sont les corpuscules mucipares dont il a été fait mention plus haut. Qu'est-ce donc que le corps papillaire dont l'existence est généralement admise dans la conjonctive? A-t-il quelque analogie de structure ou de fonction avec le corps papillaire de la peau? Eble le croyait. Il en avait décrit les divers éléments avec une extrême minutie; il en plaçait exclusivement le siége dans la conjonctive palpébrale. Cependant, les recherches ultérieures n'ont nullement confirmé les assertions de cet auteur, et aujourd'hui, pour quelques anatomistes, le corps papillaire serait constitué par les corpuscules mucipares disposés en couche mince à la surface du corion, tandis que d'autres ne voient dans les saillies qui le

forment que des duplicatures de la conjonctive. Je me range à cette dernière opinion, et je me fonde, à ce sujet, d'un côté, sur la structure même des papilles qu'on trouve composées des éléments divers de la conjonctive : *épithélium*, *corpuscules muqueux* et *fibres;* de l'autre, sur cette circonstance, qu'on voit ces saillies disparaître par la distension de la conjonctive. On peut observer parfaitement bien ces derniers effets sur sa portion tarsienne ; lorsqu'un point de cette partie de la conjonctive se trouve fortement tendu, soit par une tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, soit par le renversement de la paupière en dehors, dans les ophthalmo-blennorrhées aiguës, cette membrane se déplisse, devient lisse au niveau des points qui subissent la distension, les papilles s'effacent, disparaissent, tandis qu'on continue à les distinguer au voisinage. Ainsi, ces mille petites éminences mamelonnées qui s'élèvent au-dessus du niveau de la conjonctive, à laquelle elles donnent parfois un aspect sablé, grenu, et dont l'ensemble constitue *le corps papillaire,* sont formées par des replis de la muqueuse et ne paraissent avoir d'autre effet que de multiplier l'étendue des surfaces sécrétantes de l'œil. Ce corps papillaire se rencontre dans les portions palpébrale et sclérotical de la conjonctive ; je ne l'ai pas rencontré au-devant de la cornée, et je n'ai non plus jamais observé aucune altération organique qui puisse en faire soupçonner l'existence sur ce point.

Je dirai, pour me résumer : 1° que la conjonctive est formée dans toute son étendue : *A.* d'une couche épithéliale ; *B.* d'une couche fibreuse ; *C.* d'une couche de corpuscules muqueux interposée entre les deux couches précédentes ; *D.* de vaisseaux et de nerfs ; 2° que les saillies qui constituent le corps papillaire sont formées par des duplicatures de la conjonctive ; 3° qu'à l'état normal, cette membrane ne présente ni villosités, ni follicules muqueux.

Maintenant que mes idées sont exposées sur les éléments anatomiques de la conjonctive, il me sera bien plus facile de me faire comprendre dans l'exposition que je vais faire des résultats de mes recherches sur les altérations pathologiques de cette membrane.

§ II. — Anatomie pathologique. — D'après le titre de ce mémoire, on conçoit que mon but n'est pas de traiter ici d'une manière complète des altérations de la conjonctive ; d'autre part, je n'ai pu non plus borner mes investigations exclusivement aux altérations désignées sous le nom de granulations ; mais, pour l'intel-

ligence des faits, j'ai dû les étendre aussi à toutes les lésions susceptibles d'être confondues avec elles.

Sous le nom de *granulations palpébrales,* il faut entendre toutes les altérations organiques susceptibles de donner à la conjonctive des paupières un aspect rugueux.

C'est en vain qu'on voudrait restreindre la signification de ce mot aux productions charnues qui s'élèvent de la surface interne des paupières et qui ont la plus grande analogie avec les bourgeons charnus des plaies suppurantes et des ulcères, ou encore qu'on voudrait n'y voir qu'une altération spéciale propre à l'ophthalmie de l'armée; il faut bien reconnaître aujourd'hui l'impossibilité de rattacher, même avec la meilleure volonté, les différents états morbides qu'on a décrits sous les noms de granulations *miliaires, papillaires, sablées, veloutées, fongueuses, charnues, sarcomateuses, végétantes, vésiculeuses, molles, dures, calleuses, pédiculées* et *sessiles, sécrétantes* et *non-sécrétantes, primitives* et *consécutives*, etc.; il faut bien, dis-je, reconnaître l'impossibilité de rattacher ces divers états morbides à une seule et même cause, à un seul et même principe, ou de ne voir dans ces aspects si distincts que les diverses phases d'une seule et même affection. Que si cette énumération ne suffisait pas pour démontrer cette vérité, l'examen des opinions émises sur la nature des granulations, la confusion extrême qui règne à cet égard ne permettraient plus le doute. En effet, pour les uns, les granulations sont des produits morbides de formation nouvelle, de véritables bourgeons charnus (Lawrence); pour d'autres, elles consistent dans l'hypertrophie du corps papillaire (Mackenzie, Tavignot, Borlée, etc.), des glandes mucipares (Müller de Bensberg), des papilles et des follicules muqueux (Sichel, Stoeber, Laugier, Fallot, etc.), des villosités, etc., etc. M. Sotteau, dans la granulation vésiculeuse, ne voit qu'une phlyctène, et Carron du Villards, qu'une vésicule semblable à celle de la gale, et comme celle-ci ayant son sarcopte (1). Pour M. Loiseau, les granulations, le velouté, le relâchement de la conjonctive ne sont que des hypertrophies du corps papillaire, des villosités et du tissu cellulaire sous-jacent (2). Pour Eble, la granulation spéciale à l'ophthalmie contagieuse est constituée par le

(1) De Condé. *Mémoire sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée.* Bruxelles, 1841.

(2) *Mémoire sur l'efficacité de la cautérisation des granulations palpébrales par le nitrate d'argent.* (Annales de la Société de médecine de Gand, 1838).

corps papillaire altéré dans sa vitalité d'une manière *qualitative et quantitative*, et pour M. Thiry, par des productions spéciales, hétéromorphes, analogues à celles qu'on observe au col utérin et dans l'urètre, qu'il rattache à un principe commun, au virus blennorrhagique. Même confusion pour ce qui a rapport à la portion de la conjonctive qu'on assigne pour siége aux granulations : la plupart des médecins les placent dans toute l'étendue de la conjonctive palpébrale, d'autres plus particulièrement et même exclusivement dans le repli rétro-tarsien ; M. De Condé, qui admet deux espèces de granulations, les unes charnues, les autres vésiculeuses, donne pour siége exclusif aux premières la conjonctive du tarse, et aux secondes sa portion rétro-tarsienne ; enfin plusieurs médecins ont observé des granulations sur la conjonctive du bulbe, et Tyrrell en a vu jusque sur la cornée.

Ce qui précède suffit pour établir que, sous le nom de granulations palpébrales, on a décrit les altérations les plus diverses quant à leur nature, à leur cause, à leur siége dans tel ou tel élément constitutif, ou dans telle ou telle portion de la conjonctive, et qu'il est impossible d'assigner à ces altérations morbides si variées d'autres caractères communs que l'aspect plus ou moins rugueux qu'elles donnent à la conjonctive.

Envisagées de cette manière, les granulations palpébrales comprennent toutes les affections que les auteurs désignaient autrefois sous le nom de *trachoma* (τραχύνω, *aspero*), affection que Plenck définit : *asperitas in interna palpebrarum superficie*. C'est dans ce sens que j'emploierai, avec quelques médecins, le mot *granulations* dans le cours de ce travail (1).

Je reconnais quatre espèces de granulations : les *granulations papillaires*, les granulations *vésiculeuses* (ou cysto-plastiques), les granulations *végétantes* (ou charnues, cellulo-vasculaires, fibro-plastiques), et les granulations *inodulaires* (ou fibreuses).

I. — Granulations papillaires.

Elles sont constituées par les *papilles* de la conjonctive amenées par l'inflammation à un état d'engorgement ou d'hypertrophie.

Elles se présentent sous forme de petits grains rougeâtres,

(1) *Entwurf einer anatomischen Begründung der Augenkrankheiten*, von Doctor Hasner Edlem v. Artha, Prag, 1847, p. 30.

mamelonnés, très-rapprochés les uns des autres, égaux en hauteur et en volume, donnant à la conjonctive l'apparence grenue de la peau de chagrin. (*Planche* II, *fig.* 3.)

Ce qu'on a appelé *aspect sablé* de la conjonctive (*trachoma sabulosum*, PLENCK) n'est que l'état précédent à un moindre degré de développement. A une période plus avancée, ces granulations se ramollissent et s'ulcèrent; les pertes de substance qui en résultent alors se présentent sous deux aspects très-différents : tantôt sous la forme de plaques jaunâtres, à contours le plus souvent irréguliers, à bords coupés à pic comme par un emporte-pièce, comprenant toute l'épaisseur de la conjonctive, et laissant voir à nu, ou seulement recouvert d'une légère couche de tissu cellulaire, le cartilage tarse; d'autres fois, du fond des ulcères s'élèvent des bourgeons charnus, dont l'accroissement rapide donne à la partie de la conjonctive qui en est le siége un aspect fongueux. Dans l'un et l'autre cas, il en résulte des cicatrices, souvent inégales et raboteuses, ayant la même étendue à peu près que les ulcérations auxquelles elles succèdent, et dont j'aurai l'occasion, plus loin, de faire apprécier les effets funestes. Ces ulcérations ont pour siége de prédilection la conjonctive tarsienne des paupières supérieures.

Quoique la conjonctive palpébrale et sclératicale soit munie d'un corps papillaire dans toute son étendue, cependant l'état granuleux que je viens de décrire n'est guère appréciable à l'œil nu qu'au niveau des tarses, là où la muqueuse se trouve unie aux tissus sous-jacents par un tissu cellulaire dense et serré; partout ailleurs, cet état hypertrophique des papilles se confond, se perd en quelque sorte dans l'épaisseur de la conjonctive, considérablement accrue par l'inflammation.

Tout travail inflammatoire chronique de la conjonctive ayant une certaine durée peut donner lieu à cette espèce de granulations. Il est aussi commun, comme je l'ai dit ailleurs (1), de les rencontrer chez les personnes dont les yeux se trouvent habituellement dans un état de congestion ou d'irritation, comm les hommes de cabinet qui passent les nuits à travailler, les gens qui habitent des lieux enfumés, voire même les militaires dont les yeux sont maintenus, par une tenue vicieuse, dans un état permanent de congestion.

(1) *Considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée;* 1839, p. 21.

Les granulations papillaires peuvent exister seules, mais on les rencontre souvent concurremment avec les granulations vésiculeuses, charnues et fibreuses.

II. — Granulations vésiculeuses.

Ficositas palpebrarum, Maître-Jan. *Trachoma herpeticum*, Plenck.

Elles sont formées par de petits kystes développés dans l'épaisseur de la couche fibreuse de la conjonctive.

Peut-être cette expression, employée pour désigner des cavités closes, n'est-elle pas tout à fait heureuse, et n'a-t-elle pas peu contribué à entretenir la confusion qui existe à l'endroit du siége et de la nature de ces produits morbides. En effet, en anatomie pathologique, le nom de vésicules ne s'applique guère qu'aux petits soulèvements de l'épiderme par un liquide séreux, et l'on réserve le nom de kyste, quoique ayant étymologiquement la même signification, aux altérations pathologiques qui affectent la forme de sacs sans ouverture. Aussi, pensons-nous que l'épithète *kystique* donnée à cette espèce de granulation eût été préférable, et que l'expression *cysto-plastique*, terme déjà consacré par Müller pour désigner certaines variétés du kyste, eût mieux valu encore, car dans l'espèce cette dénomination eût eu le double avantage d'exprimer en même temps et la forme de ces granulations et leur tendance à subir la transformation charnue.

Quoi qu'il en soit, je n'insiste pas davantage sur ce point ; je sais d'ailleurs que mes efforts n'arriveraient pas à faire adopter ces expressions nouvelles en place de celles que le temps et l'usage ont fait passer en habitude, et je me hâte d'arriver à l'examen microscopique de ces produits pathologiques.

Les études microscopiques, en général, et plus particulièrement la micrographie pathologique, exigent une habitude et une habileté que je ne me flatte nullement de posséder ; aussi n'aborderais-je ce sujet qu'avec la plus grande réserve, si les résultats des recherches auxquelles je me suis récemment livré, concordant de tout point avec ceux que j'avais obtenus déjà quelques années auparavant, n'étaient de nature à me donner un peu plus de confiance.

Toutefois, au lieu de me borner à une simple exposition de faits, la difficulté du sujet m'engage à dire d'abord comment j'ai procédé, et ce que j'ai vu, pour arriver ensuite aux conclusions.

Sur un premier malade qui présentait quelques granulations vésiculeuses transparentes, j'enlève au niveau du tarse une de ces vésicules. Examinée à la loupe, je remarque qu'il se trouve sur ce même lambeau de conjonctive trois petites saillies qui avaient échappé à l'œil nu et que le microscope démontre être des cellules renfermant un noyau avec un nucléole situé sur un des côtés de la cellule ; celle-ci contient un liquide hyalin dans lequel nagent quelques rares cellules simples. La vésicule ayant été, à son tour, soumise au même examen, je trouve ses parois formées d'un tissu intriqué, d'une espèce d'agrégation ou plutôt de stratification de cellules et ayant avec le tissu épidermique une certaine ressemblance. Je n'y ai pas trouvé de vaisseaux ; la matière qu'elle renferme est limpide et présente un grand nombre de cellules, dont quelques-unes pourvues d'un noyau.

Sur un deuxième malade offrant des granulations vésiculeuses transparentes, très-saillantes pour la plupart, s'affaissant par la ponction avec une aiguille, et dont les conjonctives sont légèrement vascularisées, un lambeau de 3 lignes de longueur sur 1 ligne de largeur est excisé au niveau du bord postérieur du tarse vers l'angle externe. Vu à la loupe, ce lambeau présente six granulations vésiculeuses, dont trois seulement sont visibles à l'œil nu. L'une de ces dernières vésicules est disséquée et isolée des autres au moyen de la loupe ; sa base est circonscrite par un vaisseau qui envoie trois rameaux sur sa surface ; examinée au microscope, elle paraît moins transparente et d'un gris jaunâtre ; écrasée sous le *compressorium* d'Ehrenberg, elle se déchire sur deux points, et laisse échapper par ces ouvertures une matière blanchâtre, semi-solide, composée de cellules qui ont le même caractère que chez le malade précédent.

Sur un troisième malade, dont les conjonctives enflammées sont recouvertes de granulations nombreuses et d'un rouge jaunâtre, j'enlève le repli muqueux qui fait suite à la membrane semi-lunaire. Ce lambeau conjonctival présente douze granulations vésiculeuses, égales en volume, d'un blanc jaunâtre, disposées symétriquement sur deux lignes, séparées par un sillon parcouru dans toute son étendue par un tronc vasculaire, d'où partent de nombreux rameaux qui s'épanouissent sur la surface des granulations. Indépendamment de ce lacis vasculaire d'origine commune, je remarque, au point culminant de l'une de ces vésicules, de petits vaisseaux qui ne paraissent avoir aucune

communication avec les précédents. Une vésicule ayant été séparée des autres, et examinée au microscope, je trouve, en procédant de dehors en dedans, une couche d'épithélium, quelques fibres cellulaires que je crois appartenir au corion de la conjonctive, des fibres à l'état rudimentaire, une couche épaisse de tissu intriqué constituant la paroi du kyste, et dans l'intérieur de celle-ci, une matière de consistance caséeuse, formée entièrement de cellules dont quelques-unes ont des noyaux et les autres pas. L'acide acétique est sans action sur ces cellules.

Enfin, ayant enlevé sur un dernier malade une partie d'une des nombreuses saillies charnues occupant des points de la conjonctive que j'avais vus recouverts quelques jours auparavant de granulations vésiculeuses, je la trouve composée de tissu cellulaire à l'état rudimentaire et de vaisseaux.

D'après ce qui précède, on peut établir dans l'évolution des granulations vésiculeuses trois périodes distinctes : dans la première, les granulations sont transparentes, non vascularisées; dans la deuxième, des arborisations vasculaires plus ou moins nombreuses en sillonnent la surface, les vésicules sont opaques et d'un rouge jaunâtre; dans la troisième, elles ont subi la transformation cellulo-vasculaire ou fibro-plastique, et aux vésicules ont succédé de petites masses rougeâtres, molles et charnues. Ainsi, les expressions granulations vésiculeuses *non vascularisées, vascularisées,* et *végétantes* ou *charnues,* répondront à ces trois termes de développement. Des considérations pratiques de la plus haute importance se rattachent à cette division. C'est elle qui a servi de base au traitement de l'ophthalmie de l'armée que j'ai exposé dans mes *Nouvelles considérations pratiques* sur cette maladie, publiées dans le deuxième volume des *Archives de médecine militaire,* et dans le volume XIX des *Annales d'Oculistique* (1).

Après avoir suivi les granulations vésiculeuses dans leurs transformations successives, et en avoir exposé les caractères anatomiques, je vais donner une description succincte de l'aspect général qu'elles impriment à la conjonctive aux diverses phases de leur développement.

(1) La granulation vésiculeuse ayant probablement, comme on le verra plus loin, pour point de départ une cellule à noyau, une division qui prendrait pour base les états *celluleux, vésiculeux* et *charnu,* sous lesquels se montre successivement ce produit pathologique, eût été sans doute plus logique et plus scientifique en même temps que la distinction que j'ai adoptée; mais celle-ci présente un côté plus utile, plus essentiellement pratique, qui a déterminé ma préférence.

Dans la première période, *hydrorrhée* (1), les granulations vésiculeuses sont petites, discrètes, diaphanes, disséminées sur une conjonctive lisse, blanche, nacrée comme à l'état normal, dont elles n'occupent encore que les parties voisines des commissures externes, s'affaissant quand on en pratique la ponction avec une aiguille et laissant écouler une matière limpide. La sécrétion muqueuse, un peu plus abondante peut-être que dans l'état normal, conserve du reste sa transparence, et semble n'avoir encore éprouvé aucune altération. Les symptômes subjectifs sont pour ainsi dire nuls. (Voir *Planche* I, *fig.* 1.)

Indépendamment des vésicules visibles à l'œil nu, la loupe ou le microscope en découvre d'autres plus jeunes, ayant d'ailleurs les mêmes caractères que les précédentes; ce sont ces granulations que j'ai appelées quelque part *granulations latentes*, parce qu'elles échappent à l'inspection de l'œil nu et que les malades ne sont avertis de leur présence par aucun signe. Ce fait explique un phénomène dont on ne s'est pas suffisamment rendu compte jusqu'ici et que les médecins militaires observent fréquemment : c'est le développement, chez nos soldats, de granulations vésiculeuses sur la conjonctive, à l'occasion d'une cause irritante locale quelconque, alors que, quelques heures auparavant, une inspection minutieuse avait montré chez eux cette membrane parfaitement saine et exempte en apparence de tout travail morbide; c'est encore la multiplication, quelquefois si remarquable, de ces produits pathologiques sous l'action irritante des collyres, des pommades ou des caustiques employés d'une manière inopportune. Il est donc vrai, et dorénavant on pourra se rendre parfaitement compte de ce phénomène, que des conjonctives palpébrales, saines en apparence, peuvent néanmoins recéler en elles le germe de l'ophthalmie granuleuse.

Dans la deuxième période, les granulations plus nombreuses et aussi plus volumineuses se montrent sur toute l'étendue de la muqueuse palpébrale; assez souvent il s'en développe sur la caroncule lacrymale, plus rarement sur la conjonctive du bulbe; une seule fois j'en ai observé sur le segment supérieur des deux cornées. (Voir *Planche* I, *fig.* 4.)

La muqueuse sur laquelle elles reposent est rouge, ramollie, plus épaisse, repliée sur elle-même; le produit de la sécrétion

(1) Haibion, *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur l'ophthalmie de l'armée.* Louvain, 1859.

est plus abondant, cohérent, filamenteux (*phlegmatorrhée*), ou puriforme (*blennorrhée*). (Voir *Planche* I, *fig.* 2 et 3.)

Dans la troisième période, la conjonctive n'offre pas le même aspect partout : là où les granulations ont subi la transformation cellulo-vasculaire, elle est rouge, charnue, végétante ; sur d'autres points, elle offre des granulations encore à l'état vésiculeux, entremêlées le plus souvent de granulations papillaires ; ailleurs, on remarque déjà des traînées ou des plaques de tissu cicatriciel. Rien de plus varié, du reste, que le volume, la coloration, la forme, le nombre, la distribution des granulations et l'aspect général de la conjonctive à cette époque de la maladie. (Voir *Planche* II, *fig.* 1 et 2.)

Les petits kystes qui constituent les granulations vésiculeuses sont arrondis dès le principe ; ils conservent encore cette forme lorsqu'ils sont plus volumineux, si aucune entrave ne s'est opposée à leur libre développement ; ils prennent, dans le cas contraire, des formes diverses ; c'est ainsi que la forme ovalaire, qu'ils affectent généralement au repli rétro-tarsien, est tout à fait accidentelle et ne provient que de la pression latérale qu'ils éprouvent sur cette partie de la conjonctive.

Ces kystes n'ont guère plus de $0^{mm},3$ à $0^{mm},4$ que déjà ils apparaissent à l'œil nu sous l'aspect de petits points scintillants ; dans leur plus grand développement, ils ont rarement au delà de 2 millimètres ; nous en avons cependant rencontré quelquefois qui présentaient jusqu'à 3 ou 4 millimètres dans leur plus grand diamètre ; ils avaient alors une forme allongée, cylindrique, et paraissaient résulter de la réunion de deux kystes par la destruction des parois à leur point de contact, ce que semblait confirmer d'ailleurs l'existence d'un étranglement circulaire vers le milieu de leur longueur.

L'altération morbide qui constitue la granulation vésiculeuse est-elle une simple augmentation d'un élément normal, ou est-ce un produit morbide de nouvelle formation, un tissu accidentel? Dans la première hypothèse, le seul élément de la conjonctive susceptible d'être assigné comme siége de granulations vésiculeuses étant les corpuscules muqueux, ces granulations devraient occuper nécessairement la surface du corion immédiatement sous l'épithélium ; en outre, leur contenu, suivant les belles recherches de Lebert sur les tumeurs enkystées d'origine crypteuse, ne serait autre que le produit même de ces glandules, c'est-à-dire, du

mucus, plus ou moins condensé, plus ou moins riche en globules ; enfin ces petites tumeurs, comme toutes celles du même genre qui se développent sur d'autres points de l'économie, se feraient remarquer par leur peu de tendance à s'enflammer. Or, nous avons vu que les granulations vésiculeuses ne sont pas toutes situées sur le même plan et siégent à des degrés différents de profondeur dans la conjonctive ; et d'ailleurs, la tendance qu'a ce produit pathologique à faire incessamment des progrès, à s'enflammer, et à subir la transformation charnue, est des plus remarquables. Pour ces motifs, je crois que les granulations vésiculeuses sont le produit d'une formation tout à fait nouvelle et sans analogue dans l'économie. Si l'on me demandait actuellement ce que je pense du mode de formation des vésicules conjonctivales, je dirais d'abord que la composition anatomique particulière de leurs parois m'empêche d'admettre le mode de formation par condensation du tissu cellulaire, et que, ce qui du reste n'est qu'une simple hypothèse de ma part, je préférerais leur donner pour origine les cellules à noyau que j'ai rencontrées plusieurs fois dans l'épaisseur des conjonctives granulées. Partant de cette donnée, je pourrais me rendre assez facilement compte des différentes phases d'évolution des granulations vésiculeuses : d'abord, il se forme dans la conjonctive, modifiée dans sa vitalité, des cellules contenant un liquide ; ce liquide se convertit successivement en cellules dont la condensation à la face interne de la cellule primitive fournit à celle-ci une enveloppe composée (*granulations vésiculeuses non vascularisées*) ; des vaisseaux se forment plus tard (*granulations vésiculeuses vascularisées*) ; et l'inflammation enfin venant à s'en emparer, l'organisation de la matière d'exsudation conduit à la transformation charnue.

Les limites de ce travail ne me permettent pas de traiter, aussi longuement que l'exigerait l'importance du sujet, de l'étiologie des granulations vésiculeuses. Je me bornerai seulement à faire remarquer que, pour se rendre compte de leur développement et de leur marche, il faut, indépendamment de la cause spéciale qui les produit, savoir faire la part qui revient à toutes les causes susceptibles d'amener l'inflammation de la conjonctive ou de l'accroître. Le rôle de ces dernières causes, c'est d'activer la marche des granulations, de rendre visibles à l'œil nu celles qui ne le sont pas encore, de faire passer les granulations du premier degré au deuxième, et celles du deuxième au troisième. Le rôle de

la cause spéciale, quelle que soit d'ailleurs cette cause, est bien différent ; elle a pour effet de modifier la vitalité de la muqueuse, et de développer en elle les éléments de la granulation vésiculeuse. C'est l'influence de cette cause spéciale qui fait que, là où elle s'exerce, les inflammations de la conjonctive de natures les plus diverses, traumatique, catarrhale, scrofuleuse, blennorrhagique, etc., s'accompagnent si souvent de granulations vésiculeuses; tandis que dans les contrées où cette influence ne se fait pas sentir, ces diverses phlegmasies de la conjonctive ne produisent jamais rien de semblable.

III. — Granulations végétantes.

Elles comprennent les altérations que les auteurs ont décrites sous les noms de *fongosités*, de *carnosités* de la conjonctive, de *granulations charnues, sarcomateuses*, et que Plenck a désignées sous le nom de *trachoma carunculosum*. Elles peuvent revêtir les formes les plus variées ; cependant, en général, elles ont l'aspect de petites masses charnues, rougeâtres, molles, saignantes au toucher, séparées par des sillons profonds, et fournissent une abondante suppuration. (Voir *Planche* II, *fig.* 1, 2, *a*, et *fig.* 3, *b*.)

Examinées au microscope, on les trouve composées de tissu cellulaire à tous les degrés de formation et de vaisseaux; ainsi, on y voit des cellules arrondies à noyau renfermant un ou deux nucléoles, des cellules allongées, des fibres incomplétement formées, fusiformes, peu de fibres parfaites et beaucoup de vaisseaux. Lorsque l'inflammation qui a présidé à leur développement diminue d'intensité, ces petites tumeurs perdent de leur volume, deviennent moins rouges, moins sensibles et ne saignent plus au toucher. Examinées au microscope, elles présentent des fibres plus nombreuses, moins de vaisseaux et une couche plus ou moins épaisse d'épithélium qui en recouvre la surface libre. A une époque plus reculée encore, on ne les trouve plus composées que de fibres denses et serrées et de peu de vaisseaux. Elles ont alors le caractère du tissu cicatriciel et appartiennent à la quatrième espèce de granulations dont je vais bientôt parler.

Telle est la marche la plus ordinaire des granulations végétantes ; mais, lorsqu'elles occupent la conjonctive tarsienne supérieure, il arrive que, se trouvant comprimées entre le globe de l'œil et les paupières, gênées par conséquent dans leur développement, elles s'étalent en champignon à la surface de la conjonctive,

tandis que, par leur base, elles envahissent les tissus profonds, atteignent le cartilage tarse, qui s'enflamme, se ramollit et se déforme.

IV. — Granulations inodulaires ou fibreuses.

Callositas palpebrarum, Maître-Jan.

Toute cause susceptible de déterminer des pertes de substance dans la conjonctive peut occasionner cette espèce de granulations. Elles sont constituées par le tissu inodulaire.

L'aspect sous lequel elles se présentent à l'observateur est des plus variés. Tantôt ce sont des plaques d'un blanc jaunâtre, rugueuses, variables dans leur forme, leur étendue, leur nombre, etc.; le plus souvent, ce sont des traînées de fibres d'un blanc nacré, plus ou moins saillantes, traversant la conjonctive dans tous les sens, de manière à former une trame à mailles ordinairement irrégulières, interceptant entre elles de petites portions de muqueuse qui ont la plus grande tendance à s'engorger, à s'enflammer et à bourgeonner. Ces rugosités se compliquent souvent de déformation des tarses et d'altérations du côté des cornées. Je les ai vues souvent se ramollir et se recouvrir de végétations fibro-plastiques.

Cet état de la conjonctive est des plus graves ; il est au-dessus des ressources de l'art et conduit souvent à la cécité par les désordres qu'il amène du côté des cornées. (Voir *Planche* III, fig. 1, 2 et 3.)

Il est encore certains états pathologiques de la conjonctive confondus quelquefois avec les granulations palpébrales et que je ne peux passer sous silence ; je citerai surtout les *anfractuosités*, l'*état villeux* et les *tumeurs sarcomateuses*.

A. *Anfractuosités*. — Dans les ophthalmo-blennorrhées aiguës, la conjonctive acquiert parfois une extension telle que son étendue en est presque doublée. Il arrive alors que cette membrane, dans sa portion rétro-tarsienne, refoulée d'un côté entre les angles interne et externe, de l'autre entre le globe de l'œil et les paupières, se replie sur elle-même de toutes parts ; de là, des plis transversaux qui s'étendent d'un angle palpébral à l'autre, et d'autres plus courts dirigés d'avant en arrière, coupant les premiers à angle plus ou moins aigu, ce qui donne à la conjonctive cet aspect inégal, irrégulier, rugueux, auquel j'ai donné le nom d'anfractuosités et que j'ai vu prendre pour des granulations charnues.

Cet état de la conjonctive est passager, accidentel, disparaissant avec l'inflammation qui lui a donné naissance, et n'ayant de gravité qu'autant qu'on y porte le caustique, car des adhérences entre les différents replis muqueux sont alors presque inévitables, et tout le monde sait les dangers de cet accident. (Voir *Planche* I, fig. 3, F.)

B. *Aspect villeux.* — Dans les inflammations qui ont quelque durée, la conjonctive palpébrale prend quelquefois un aspect tomenteux, velouté. Cet état est formé par des prolongements très-fins et très-serrés, de nature cellulo-vasculaire, qui s'élèvent des parties de la conjonctive dépourvues de son épithélium, ou ulcérées. Nous l'avons vu quelquefois aussi se développer sur des cicatrices ramollies par l'inflammation. Cet état n'est donc, en définitive, qu'une des formes variées de la granulation végétante ou cellulo-vasculaire.

C. *Tumeurs sarcomateuses.* — On les trouve décrites encore sous les noms de *végétations, verrues, tumeurs charnues, fibro-plastiques,* de la conjonctive.

Elles sont assez rares; dans l'espace de douze ans, et sur un nombre de plus de trois mille malades affectés d'inflammations de la conjonctive, je ne les ai rencontrées que six fois; je dois dire cependant que si j'en juge par des observations plus récentes, elles seraient aujourd'hui beaucoup plus communes, depuis qu'on emploie l'acétate neutre de plomb pour combattre les granulations palpébrales; c'est ainsi que, pendant les huit derniers mois qui viennent de s'écouler, j'en ai observé sur une quinzaine de malades qui avaient été soumis à cette méthode de traitement.

Le volume de ces tumeurs varie depuis la grosseur d'une graine de chènevis jusqu'à celle d'une petite noisette; quelquefois arrondies, globuleuses, elles sont le plus souvent aplaties, uniformes, en crête de coq; ordinairement il n'y a qu'une seule tumeur, rarement deux ou trois; une seule fois, j'en ai rencontré quatre sur la même conjonctive; elles sont attachées à cette membrane par un pédicule très-étroit. On en débarrasse le malade par l'excision; chez un granulé traité par l'acétate neutre de plomb, je les ai vues repulluler plusieurs fois; chez les autres, jamais. (Voir *Planche* III, *fig.* 4.) Ces tumeurs, que Lebert désigne sous le nom de tumeurs fibro-plastiques, sont composées de tissu cellulaire en voie de formation; on y trouve des fibres, des corps fusiformes, des cellules à noyau et des vaisseaux. Elles présentent

donc dans leur composition les mêmes éléments que les granulations végétantes. Cependant, les caractères qui les distinguent de ces dernières ne permettent pas qu'on les confonde entre elles. Ainsi, les granulations végétantes sont sessiles, réunies en plus ou moins grand nombre, moins volumineuses, laissant toujours après elles des cicatrices; les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, sont pédiculées, plus volumineuses, ne laissent ordinairement aucune trace de leur existence, et ne sont jamais, d'ailleurs, assez nombreuses pour donner à la conjonctive l'aspect granulé.

Je terminerai par les conclusions suivantes :

1. Sous le nom générique de *granulations palpébrales* on a confondu divers états pathologiques de la conjonctive essentiellement différents.

2. L'expression *granulations palpébrales* résume toutes les altérations organiques susceptibles de donner à la conjonctive palpébrale l'aspect rugueux.

3. L'étude de leur organisation intime permet de les diviser en granulations *papillaires*, *vésiculeuses*, *cellulo-vasculaires* et *fibreuses*.

4. Les *granulations papillaires* sont formées par les *papilles* de la conjonctive amenées par l'inflammation à un état d'engorgement ou d'hypertrophie ; elles ont l'aspect de petits grains rougeâtres, très-rapprochés les uns des autres, égaux en volume et en hauteur, appréciables à l'œil nu seulement sur la conjonctive qui recouvre le tarse.

5. Les *granulations vésiculeuses* sont un produit de formation nouvelle, propre à la conjonctive et sans analogue dans l'économie. Elles sont constituées par de petits kystes développés dans l'épaisseur de cette membrane.

6. Ce produit pathologique se présente successivement sous les formes diverses de *cellule*, de *vésicule* et de *tumeur cellulo-vasculaire*. Le passage de l'état celluleux à l'état vésiculeux a lieu par la *production endogène*, et la transformation de la vésicule en tissu cellulo-vasculaire, par l'organisation du liquide plastique amenée par l'inflammation de ses parois.

7. Le siége principal de cette espèce de granulations est la conjonctive palpébrale, surtout sa portion rétro-tarsienne ; on en voit se développer, mais plus rarement, sur la caroncule lacrymale, sur la conjonctive oculaire et même sur la cornée.

8. Les granulations *cellulo-vasculaires* ont l'aspect de petites

végétations charnues ; elles sont de deux espèces : les unes se présentent comme dernier terme de la période ascendante de la granulation vésiculeuse ; les autres sont de véritables bourgeons charnus se développant sur des points ulcérés de la conjonctive arrivés à la période de réparation.

9. Les granulations de la quatrième espèce sont composées de tissu cicatriciel : elles sont d'un blanc jaunâtre, de volume et de forme variables, dures, résistantes, criant sous l'instrument tranchant.

10. Les granulations *papillaires, cellulo-vasculaires* et *fibreuses* se présentent comme un des résultats plus ou moins immédiats de l'inflammation ; les granulations *vésiculeuses*, au contraire, sont le fait d'un travail lent, insidieux, qui n'a rien de commun avec l'inflammation, travail spécial dans sa nature, comme l'est la cause qui le détermine, et comme le sont les produits pathologiques qui en naissent.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Fig. 1. — Granulations vésiculeuses transparentes ; conjonctive conservant d'ailleurs son aspect normal (*première période*).
a. Sur la conjonctive rétro-tarsienne ;
b. Sur la membrane semi-lunaire.
Fig. 2, 3, 4. — Granulations vésiculeuses opaques ; conjonctive enflammée formant plusieurs replis (*deuxième période*).
a. Sur le repli qui fait suite à la membrane semi-lunaire ;
b. Sur la conjonctive du tarse ;
c. Sur la crête postérieure du bord palpébral de la paupière supérieure ;
d. Sur la conjonctive du bulbe ;
e. Sur la cornée ;
f. Anfractuosités de la conjonctive.

PLANCHE II.

Fig. 1, 2. — *a.* Granulations vésiculeuses ayant subi la transformation cellulo-vasculaire (*troisième période*);
b. Granulations encore à l'état vésiculeux ;
c. Granulations papillaires.
Fig. 3. — *a.* Granulations papillaires recouvrant la conjonctive tarsienne supérieure dans presque toute son étendue ;
b. Ulcérations de la conjonctive recouvertes de bourgeons charnus ;
c. Ulcérations cicatrisées.

PLANCHE III.

Granulations fibreuses ou inodulaires :
Fig. 1. — Cicatrices formant un tissu à mailles presque régulières ;
Fig. 2. — Cicatrices sous forme de plaques à contours irréguliers ;
Fig. 3. — Cicatrices sous forme de brides, avec déformation du tarse ;
Fig. 4. — Tumeur fibro-plastique.

NOUVELLES OBSERVATIONS D'ACHROMATOPSIE*;

par M. D'HOMBRES-FIRMAS,

Docteur ès sciences, membre correspondant de l'Institut de France, etc.,
à Alais (Gard).

Quelques individus, et entre autres M. L..., distinguent parfaitement toutes les couleurs des étoffes, des fleurs, des tableaux, de tous les corps, pendant que le soleil ou le grand jour les éclairent ; ils savent même les apprécier la nuit, à la lumière artificielle, mais ils avouent que certaines d'entre elles éprouvent alors un changement marqué et que c'est un peu d'après leur mémoire qu'ils les jugent.

Obs. IV. — M. L... avait toujours cru, m'a-t-il assuré, que tout le monde voyait ainsi que lui, et que c'était une conséquence naturelle de la lumière plus rouge qui les éclairait. Sans contredit, celle des lampes produit un effet réel sur plusieurs couleurs; j'ai déjà rappelé que pour l'annuler dans les académies de peinture on avait proposé de mettre aux quinquets des cheminées de verre bleu ; mais cet effet agit proportionnellement sur toutes les couleurs et pour les daltoniens seuls, quelques-unes changent ou se confondent. M. L... m'a dit que les rouges, le pourpre, le violet et les verts lui paraissaient brûnâtres ; que le tapis de sa table, son portefeuille de maroquin rouge, la tranche de ses livres, lui semblaient à peu près de la même teinte de brun ; qu'il nommait cependant leur véritable couleur, d'après la connaissance qu'il en avait ; mais qu'il hésiterait si c'étaient des objets qu'il vît pour la première fois, ou s'il les trouvait hors de chez lui.

Qu'on n'imagine pas que c'est un premier degré d'achromatopsie; M. L.... a près de soixante ans et sa vision a toujours eu ce défaut.

Je pense qu'on devrait faire une classe à part des personnes qui, comme lui, ne distinguent plus certaines couleurs lorsque la lumière artificielle remplace la lumière du jour. M. L... en serait le type, M. l'avocat C... de Montpellier, dont j'ai parlé, qui trouvait grisâtres les plus jolis minois ; Withloch et la personne citée par M. le docteur Cunier, qui voyaient rouges leurs rideaux bleus ;

(*) Voir mes premières observations dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XXII, pp. 70-74. — Après un extrait assez étendu de mes premières observations dans le N° du 13 août des *Comptes rendus des séances de l'Institut*, j'ai lu dans le numéro suivant que « *M. Pappenheim avait envoyé à l'Académie des remarques critiques sur ma communication.* » Me trouvant à Paris il y a un mois, je les ai demandées au secrétariat, afin d'en profiter ou de les réfuter. Je dois dire ici qu'elles portent uniquement sur le nom d'*achromatopsie* que j'ai adopté; je le conserve cependant, puisque d'autres auteurs l'ont employé et que j'ai cité d'ailleurs les divers noms donnés à cette anomalie de la vision.

Dickinson, qui, de jour, confondait le rouge et le vert et les trouvait bleus à la lumière artificielle, et bien d'autres sans doute, formeraient cette nouvelle catégorie, qui se diviserait ensuite selon le nombre et l'intensité des couleurs que chaque sujet percevrait.

Les physiologistes qui s'occupent de l'achromatopsie ont avancé que le nombre des individus qui en sont affectés était plus considérable qu'on ne pouvait le croire, et que plusieurs d'entre eux ignoraient le défaut de leur vision. Cette dernière assertion paraissant un peu extraordinaire, je vais citer un exemple qui ne laissera le moindre doute à personne. J'ai été m'entretenir et faire de petites expériences avec l'homme respectable dont il s'agit, et c'est avec son agrément que je publie les détails suivants :

Obs. V. — M. O...., curé d'une paroisse voisine d'Alais, est né à Paris, mais il avait à peine trois mois quand son père, qui était de ce pays-ci, l'y amena et il y est resté depuis ; il a aujourd'hui quarante-cinq ans; il est grand, fort; son tempérament est lymphatique et il jouit d'une assez bonne santé, malgré ses occupations et un exercice pénibles, puisqu'il dessert seul une commune rurale fort étendue.

Jusqu'à vingt-huit ans, M. O... ne s'est point douté de l'aberration de sa vue, et ni ses parents, ni ses condisciples au collége et au séminaire, ni ses paroissiens, ne s'en étaient jamais aperçus. Il n'avait pas eu d'occasion, dit-il, d'observer les diverses couleurs, lorsqu'il y a dix-sept ans, voulant peindre ou décorer une chapelle, il découvrit qu'il ne les voyait pas comme les autres hommes; il fallut pour faire son travail qu'un ami lui préparât les teintes nécessaires; toutes lui paraissaient et sont toujours pour lui des bruns clairs entre le blanc et le jaune qu'il connaît, et des bruns foncés entre le jaune et le noir. Il n'ignore pas que nous avons d'autres couleurs appelées rouges, vertes, bleues et violettes, etc., mais il n'apprécie pas leurs différences ; s'il la sent, s'il applique parfois ces noms très à propos, c'est à sa bonne mémoire qu'il faut l'attribuer, du moins je le suppose.

M. le curé O.... avait mis un jour une étole verte avec une chasuble rouge ; j'admets, comme il le dit, que ce fut faute d'attention ; sans voir les couleurs comme nous, il s'est fait une idée de leur degré de brun et connaît d'ailleurs ses ornements d'après leur état, leurs galons, leurs broderies, mais il convient qu'il se méprendrait à coup sûr dans une autre sacristie.

Je lui ai demandé comment il distinguait les signets de son missel et de son bréviaire, composés de bouts de rubans de toutes les couleurs. Il voit, me dit-il, les blancs, les jaunes, les noirs, il sait que les autres sont bleus, verts, violets, rouges, mais il n'a jamais cherché en quoi ils diffèrent, la place où ils sont lui suffit.

M. O... possède une belle bibliothèque et m'a montré des livres reliés en rouge, d'autres en vert, qu'il ne confond pas avec ses reliures jaunes; mais il les connaît d'après sa mémoire, le rayon qu'ils occupent, ou sur leurs titres,

et non d'après leurs couvertures. Le maroquin rouge et le vert sont pour lui bruns, ainsi que pour M. le comte de R... qui était avec nous (1).

J'ai fait faire à ces deux messieurs l'expérience proposée par M. Seebeck *pour redresser l'erreur d'appellation des couleurs.* Je leur ai fait regarder un ruban de la Légion d'honneur et un volume relié en rouge, à travers un verre rouge, ensuite une plante et un morceau de taffetas vert, à travers un verre vert ; ces écrans diaphanes n'ont pas produit l'effet annoncé : ils ont trouvé ces objets à peu près du même brun qu'en les voyant à l'œil nu. Un cahier de papier à lettres, les rideaux de l'appartement et le plafond leur parurent blancs, vus avec ces verres et avec un verre jaune... Ne serait-ce pas parce qu'ils le savaient d'avance?...

M. le curé O... et M. le comte de R... ne distinguent point une montre d'or d'une montre d'argent, s'ils les voient l'une après l'autre ; si on les leur présente ensemble et bien éclairées, ils peuvent en faire la différence ; il en est de même des boutons d'habit dorés ou en métal blanc. M. O... confondrait une pièce de un franc avec un napoléon ; M. de R..., qui a une excellente vue, lit leur valeur et n'hésite point.

Obs. VI. — M. B..., d'Alais, âgé de vingt-six ans, grand, vigoureux, d'un tempérament sanguin, jeune homme à la mode, est, m'assure-t-on, comme M. de R... et M. O... Ses condisciples au collége s'étaient avisés de l'imperfection de sa vue ; plusieurs personnes ont reconnu qu'il confondait toutes les couleurs, quelques-uns de ses camarades prétendent qu'il ne distingue pas le vin rouge du vin blanc... mais par une sorte d'amour-propre, M. B... a toujours caché ce défaut et se fâche sérieusement si l'on a l'air de s'en apercevoir.

J'ai essayé de prendre quelques renseignements auprès d'un de ses parents, honnête marchand qui, n'appréciant pas les recherches physiologiques, trouva mes questions indiscrètes! Je ne pourrai par conséquent donner aucun détail sur ce cas d'achromatopsie, que je ne regarde pas comme certain ; je le cite ici seulement pour l'ajouter à ceux observés dans le midi, que je viens de relater ; ils acquerront d'autant plus d'intérêt que *les seuls exemples connus de cette sorte d'affection,* m'écrit M. le professeur É. Wartmann, de Genève, *sont relatifs à des zones septentrionales.*

(1) M. le comte de R... est le sujet de ma seconde observation. Voir *Annales d'Oculistique,* vol. XXII, p. 73. — La correction suivante, relative à cette observation, doit être faite; p. 73, ligne 28, on lit : *je vais,* il faut lire : *je viens de, etc.*

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LA CATARACTE NOIRE ET SUR SON DIAGNOSTIC;

par M. ADOLPHE BEAUCLAIR,

Élève des hôpitaux de Lyon.

(D'après les leçons de M. Pravaquin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.)

La *cataracte noire* est un fait si rare que la plupart des chirurgiens n'en ont jamais vu. Dupuytren n'en avait point rencontré d'exemple, aussi la niait-il; plusieurs de ses élèves n'ont pas plus que leur maître ajouté foi à son existence. Ce que les auteurs anciens nous en disent mérite à peine d'être cité. A une époque qui n'est pas encore très-éloignée de nous, on la niait complétement, témoin ce qu'écrivait Delpech, en 1818, dans le grand *Dictionnaire* en 60 volumes :

« Quant aux *cataractes noires*, ce que les anciens en ont dit convient trop » à l'amaurose, et les modernes ont glissé trop légèrement sur les faits de cette » nature dont ils ont parlé, pour qu'on puisse en inférer rien de positif : » à notre avis, il faut remettre en doute l'existence de cette espèce singulière, » jusqu'à ce que des observations bien faites l'aient prouvée sans réplique (1). »

Si nous consultons un ouvrage plus moderne, le *Dictionnaire* en 30 volumes, voici ce que nous trouvons :

« Dans des cas rares, en devenant opaque, le cristallin prend une couleur » brune ou noire plus ou moins foncée; cette dernière variété de la maladie, » dont l'existence a été contestée à tort par quelques auteurs, a reçu le nom de » *cataracte noire*. Elle avait déjà été observée par Morgagni et Maître-Jan; « on en trouve des observations authentiques rapportées par Wenzel, Pellier, » Arrachard, MM. Edwards, Riolée, Béclard, etc.... L'un de nous l'a ren- » contrée deux fois sur des cadavres d'individus que l'on avait considérés pen- » dant leur vie comme affectés d'amaurose (2). »

Loin de la nier, M. Vidal de Cassis nous paraît plus explicite, puisqu'il donne quelques détails sur son diagnostic, dans son excellent ouvrage (3) :

« La cataracte noire, dit-il, est très-rare. Quand elle existe, on peut la » distinguer de l'amaurose aux caractères suivants : La pupille, quoique noire, » est loin d'avoir l'éclat de celle d'un œil sain, et même d'un œil affecté » d'amaurose; elle ne laisse pas voir le reflet châtoyant qu'on distingue dans le » fond d'un œil dont les milieux sont diaphanes. Elle est mate, présente une

(1) Voyez tome IV, p. 296, 2me édition.
(2) Tome VI, 1834, Cloquet et Bérard, 2e édition.
(3) Tome IV, p. 332, 2e édition.

» opacité convexe, plus marquée au centre que vers la circonférence, et sur » laquelle on peut souvent, par un examen attentif, reconnaître l'ombre portée » de l'iris. »

Quelle que soit l'exactitude de ces caractères distinctifs, ils sont peut-être insuffisants pour bien diagnostiquer une cataracte noire. La plupart de ceux que décrivent les auteurs semblent plutôt le résultat d'une étude de cabinet que de l'examen minutieux et attentif d'un malade affecté d'un cas de ce genre, et, en effet, la plupart d'entre eux ne disent pas en avoir vu un seul exemple. En somme, il nous est facile de voir d'après les passages précités qu'actuellement on est tout disposé à admettre l'existence de l'espèce curieuse de cataracte dont nous allons traiter; ce qui manque pour que la démonstration en soit complète pour tout le monde, ce sont des observations exactes et faites avec soin, qui ne laissent plus aucun doute sur sa réalité et rendent son diagnostic concluant. Un fait que nous avons recueilli dans le service de M. Pétrequin nous paraît satisfaisant sous tous ces rapports. Il s'agit d'un homme âgé de 60 ans, emballeur, originaire de Savoie, couché au n° 5 de la salle des opérés, atteint de cataracte double; sa constitution est bonne et on ne peut assigner d'autre cause à son affection que le travail et l'âge. La cataracte de l'œil gauche date de huit ans, celle du droit est plus récente.

La cataracte noire est produite par des causes peu connues, comme nous le verrons plus loin; les auteurs en parlent fort peu. Dans les vingt-deux volumes dont se compose la collection des *Annales d'Oculistique*, journal où tous les cas rares des maladies des yeux sont cités, il n'est fait mention que d'un seul exemple publié par M. Magne, qui est incomplet sous le rapport du diagnostic et de la symptomatologie, et dont le rédacteur du journal semble révoquer en doute la réalité. Il y a quelques années, un médecin oculiste donna un fait de cataracte noire, mais ce fait n'était nullement probant et laissait beaucoup à désirer. Plus favorisé par la circonstance, M. Pétrequin en a rencontré un autre exemple chez une vieille femme qu'il a opérée par l'extraction en 1847; plusieurs médecins lui ont même rapporté qu'il leur en avait montré un cas il y a quatre ou cinq ans, mais sa mémoire ne le lui rappelle pas fort bien.

On sait que la cataracte considérée sous un point de vue général est de deux espèces principales, à savoir : la cataracte cristalline ou lenticulaire et la cataracte capsulaire. Quand elles existent à la

fois, on les désigne sous le nom de cataracte capsulo-lenticulaire.

Dans la cataracte noire y a-t-il simplement opacité du cristallin? Dans les cataractes ordinaires, la plupart du temps on ne voit pas le fond de l'œil, et les rayons sont réfléchis; ici, comme ils sont absorbés, on l'a confondue avec l'amaurose, de sorte que si, dans une erreur semblable de diagnostic, on prend une amaurose pour une cataracte noire, on s'expose à pratiquer une opération sinon dangereuse, du moins inutile, et *vice versa*, si on prend une cataracte noire pour une amaurose, on perd son temps en traitements inutiles. Il importe donc de ne point se tromper.

Quant à la cataracte choroïdienne, nous la laissons de côté et renvoyons pour ce qui la concerne aux *Annales d'Oculistique*, dont la rédaction a résumé le travail de M. Desmarres sur le diagnostic de cette variété.

Dans la cataracte noire, la capsule pouvant être affectée sans être noire comme le cristallin, quels signes aurons-nous pour le reconnaître, puisque les phénomènes ordinaires de réflexion et de réfraction n'existent point?

Il y a quelques années, une découverte attribuée à tort à M. Sanson a fait voir qu'en promenant au-devant d'un œil sain, ou seulement affecté d'amaurose, la flamme d'une bougie, on reconnaît manifestement trois images, qui sont la reproduction exacte du corps en ignition. La première est droite, très-brillante et superficielle, car elle semble avoir son siége sur la surface extérieure de la cornée; la seconde, plus petite, est droite, tandis que la troisième, dont les lignes sont plus arrêtées et plus distinctes, est renversée, moins grande, et est produite par l'hémisphère postérieur de cette même capsule. Quand ces images existent, le cristallin est intact ainsi que ses membranes.

Pour bien comprendre le mécanisme de ces trois réflexions, il faut avoir nécessairement recours aux explications que nous donne la physique et les appliquer ici brièvement. La théorie des miroirs convexes et concaves nous apprend que les premiers de ces réflecteurs ont leur foyer en arrière de la surface réfléchissante, tandis que celui des seconds se trouve en avant. Ici la cornée transparente et la capsule antérieure du cristallin font l'office de miroirs convexes, tandis que la capsule postérieure représente fort bien un miroir concave. Une bougie allumée, avons-nous dit, est mise devant un œil sain ou amaurotique; en tâtonnant on arrive à lui donner la position qu'elle doit occuper par rapport aux

diverses surfaces qui vont la reproduire et à la placer à la distance voulue pour l'accomplissement du phénomène. Trois images se présentent donc à l'observation; il est évident que la première est engendrée par la cornée (surface convexe); elle paraît tellement superficielle qu'elle lui semble accolée, quoique son siége soit un peu en deçà, ce que la forme extérieure de cette membrane explique très-bien d'après les lois physiques que nous avons rappelées. La seconde, qu'on aperçoit si difficilement, tant elle est diffuse, est la plus profonde des trois, car la capsule antérieure du cristallin (surface convexe), qui est sa surface génératrice, a son foyer en arrière comme les miroirs qu'elle représente. Quant à la troisième, on conçoit que, résultant de la capsule postérieure (surface concave), dont le foyer est en avant, elle soit plus claire et plus nette que la précédente.

On trouve exposé sommairement dans les *Annales d'Oculistique* (page 77, tome III, 3me année) le résultat des expériences auxquelles se sont livrés à cet égard MM. Bardinot et Pigné, qui ont établi :

« 1° Que dans le trouble du segment postérieur de la capsule, l'image renversée manque. Elle peut néanmoins apparaître dans des points encore transparents, mais elle disparaît au niveau des parties opaques, du moment que, par les mouvements de la bougie, on cherche à y projeter le foyer;—2° Que si le trouble siége dans la partie postérieure du cristallin, cette même image renversée manque;—3° Que l'image droite postérieure n'est point produite, quand l'opacité siége dans le segment antérieur de la capsule;—4° Que le cristallin et la capsule postérieure restant intacts, il suffit de l'opacité de la capsule antérieure pour faire manquer les deux images profondes;—5° Que le cristallin et la capsule postérieure étant opaques, si la capsule antérieure est la seule transparente, on a toujours l'image droite postérieure;—6° Que si la capsule opaque reste lisse, on aperçoit encore un certain reflet obscur, au lieu de l'image nette produite lorsque le système cristallinien est sain. »

Quand la seconde des images dont nous venons de parler manque, c'est une preuve que la capsule antérieure du cristallin est opaque. Dans l'amaurose, nous avons la triple réflexion de la bougie, parce que les milieux de l'œil, autres que la rétine, ne sont point malades. Dans la cataracte, elle sera simple ou double suivant que les capsules antérieure ou postérieure du cristallin seront affectées séparément ou à la fois. M. Pétrequin s'est plusieurs fois livré devant bon nombre d'élèves à des expériences de ce genre sur des yeux sains et d'autres qui ne l'étaient point; chez tous ceux atteints de cataracte, l'opération a constaté ce que la présence ou l'absence des images lui avaient fait diagnostiquer. Le

malade à cataracte noire était privé de la troisième réflexion; tandis que les deux autres se voyaient assez facilement.

Grâce à cette belle découverte, on peut savoir d'une manière concluante si un œil est frappé de cataracte ou d'amaurose, dans le cas où le diagnostic est difficile et embarrassant. Sanson en a été regardé comme l'auteur, mais le rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique* a prouvé que Purkinje, qui en avait parlé le premier, l'avait signalée dès 1823 ; toutefois, Sanson a la gloire de l'avoir tirée de l'oubli et de l'avoir vulgarisée.

Revenons maintenant au malade qui fait le sujet de ce travail. Comment se fait-il que cet homme, qui a deux cataractes, y voit encore de l'œil affecté de la noire, tandis que de celui à cataracte ordinaire il ne distingue presque plus rien ? Il nous raconte que tout d'abord il y voyait moins qu'actuellement de l'œil où le cristallin est noir. Pour expliquer ce fait bizarre au premier abord, mais bien naturel pourtant, il faut tenir compte de la couleur et de l'opacité d'une cataracte quelconque.

La couleur de la cataracte noire n'est point un obstacle suffisant à la perception de la lumière, car il se passe ici ce qui a lieu quand pour regarder le soleil on fait usage de verres noirs ; ces verres n'interceptent point les rayons lumineux et les laissent arriver jusqu'à l'œil ; ils absorbent seulement ce qu'il y a de trop intense dans l'éclat de ces rayons. Il en est de même d'un cristallin noir ; son opacité n'est point telle que la lumière n'arrive à la rétine. Ce qui vient à l'appui de cette assertion, c'est que tous les jours les médecins ordonnent à leurs malades de porter des verres colorés pour atténuer en quelque sorte la force de la lumière et faire qu'un œil délicat en soit moins impressionné.

Nous devons, dans la cataracte noire, invoquer le degré d'opacité du cristallin ; il n'est pas aussi prononcé dans cette espèce que dans certaines autres. Notre malade dit qu'il y voyait mieux autrefois ; nous ne savons jusqu'à quel point nous devons le croire, car il ne paraît pas avoir bien analysé son mal et être d'une grande intelligence ; néanmoins, sans trop tenir compte de ses paroles, nous nous sommes assuré par une expérience très-simple que l'œil à cataracte noire percevait encore jusqu'à un certain point la lumière, tandis que l'autre était frappé de cécité complète. Cela s'explique du côté de la cataracte noire par la couleur et le degré d'opacité du cristallin, qui ne remplit pas entièrement le champ de la vision et laisse dans la partie déclive un petit espace libre en forme de croissant. Cet espace est suffisant pour laisser pénétrer

sur la rétine une certaine quantité de rayons lumineux qui, par l'habitude, est devenue suffisante pour la vision. On peut se rendre compte de ce fait en mettant devant les yeux un bandeau noir ; d'abord on ne voit rien, mais s'il existe la plus petite fissure, elle donne passage à un peu de lumière qui suffit à la longue pour permettre de voir.

Maintenant, pourquoi cette cataracte est-elle noire ? On serait bien embarrassé de le dire, d'autant plus que le genre de vie de notre sujet n'offre rien de particulier. Il n'y a pas eu dans l'œil d'inflammation. Pourrait-on supposer que le pigmentum s'est infiltré dans le cristallin par endosmose ? Mais l'iris ni la choroïde ne sont malades ; ce qui le prouve, c'est que la pupille est mobile et régulière. Quant à la capsule, elle paraît être affectée, car on ne distingue pas de différence entre elle et le cristallin. S'il était possible de la tasser, on verrait que son opacité est apparente, car elle est couverte à de petits intervalles de points noirs qui, s'ils étaient juxtaposés les uns aux autres, lui donneraient l'aspect noirâtre du cristallin. Si on regarde cette capsule antérieure du cristallin, de côté, et sur une même ligne, son opacité est manifeste ; vue en face elle est noirâtre, de côté un peu noire-grisâtre ; de profil elle est tout à fait grise-brunâtre ; on s'en débarrassera dans l'opération.

Lequel des deux yeux opérera-t-on le premier ? Ordinairement on commence par la cataracte la plus ancienne. Ici, contrairement à cette méthode, on s'occupera d'abord de la plus récente, pour satisfaire aux désirs du malade. Quand les cataractes sont volumineuses, molles, le procédé opératoire est fort embarrassant. M. Pétrequin a été longtemps indécis entre l'abaissement et l'extraction ; nous savons maintenant qu'il se décidera pour l'abaissement, qui offre ici plus de garanties de succès, en mettant de côté la curiosité de voir si le diagnostic est vrai.

M. Pétrequin opère l'abaissement en plusieurs temps ; cette manière de le pratiquer est plus sûre et rend les récidives plus rares, comme nous avons eu l'occasion de le constater maintes fois. L'aiguille est introduite dans la chambre postérieure derrière la pupille; au moyen de la lame, la capsule est ouverte, car, sans cette précaution, le cristallin, étant plus difficilement absorbé, se trouve plus exposé à remonter. Nous disons donc que la capsule est ouverte pour que le cristallin soit plus vite résorbé ; la raison en est simple, car il arrive souvent que la capsule étant intacte, comme sa surface est polie, elle y glisse et se redresse plus

facilement, tandis qu'étant ouverte, l'irritation communiquée à l'œil lui fait contracter des adhérences qui brident et retiennent le cristallin, outre que cette ouverture favorise son absorption. Ce sera le premier temps de l'opération ; le deuxième consistera en l'abaissement lent et complet du cristallin, et non en masse et d'un seul coup, afin de détruire par l'ébranlement non-seulement les adhérences supérieures et latérales, mais encore par la dépression les inférieures qui font souvent l'office de charnières et l'aident à reprendre sa place. Avec cette manière d'opérer l'abaissement, M. le chirurgien-major de l'hôtel-Dieu a presque constamment obtenu les succès les plus satisfaisants.

Nous terminerons par une observation qu'on trouve dans le tome XVIII du *Journal universel des sciences médicales* (1820, p. 117). Elle est due à M. le docteur Coze, qui rapporte qu'un journalier de Calais, ancien militaire, âgé de 56 ans, se présenta en 1819 dans un des hôpitaux de Paris et y fit un séjour de quatre mois sans que le chrurgien songeât à l'opération.

Obs. — « L. Bourré est reçu dans un des grands hôpitaux, le 8 juin 1819, » quinze mois après l'invasion de la maladie. Ses yeux étaient dans l'état sui- » vant : Les pupilles se dilataient et se serraient sensiblement ; leur ouverture » ne s'éloignait pas de l'état naturel ; la pupille gauche paraissait un peu plus » rétrécie que la droite. Leur couleur n'était pas celle du noir luisant ordi- » naire, elle était mate et tirait sur le brun. Bourré ne distinguait plus les » traits d'une personne qu'à 6 ou 8 pouces de l'œil, et encore ne pouvait-il pas » dire si elle était marquée ou non de la petite vérole ; à la distance d'un pied » à 18 pouces, la personne lui paraissait entourée d'un nuage épais qui la » rembrunissait à un tel point qu'il ne pouvait plus voir ses traits en détail. » Le soleil et la lumière obscurcissaient sa vue, tandis qu'un demi-jour lui » était plus favorable ; aussi était-ce vers le soir et le matin qu'il voyait le » mieux. Les yeux étaient bien conformés, de force égale, et n'annonçaient » aucune lésion aux personnes qui ne les examinaient pas d'assez près et avec » une extrême attention. Ces symptômes indiquaient évidemment une cata- » racte noire. On s'est borné, pour tout traitement, à lui appliquer à la nuque » un séton dont le malade n'a ressenti aucun bon effet. L'ennui a été la cause » de sa sortie de l'hôpital, au bout de quatre mois de séjour, sans que le » chirurgien distingué qui l'avait sous sa direction se soit décidé à tenter l'opé- » ration. »

On voit que cette observation est incomplète sous le rapport des symptômes. Elle ne portera pas avec elle la conviction dans l'esprit du lecteur. Le doute est permis après la lecture de ce fait comme de la plupart des autres, car la majorité des observations ont été prises de la même manière : aussi n'ont-elles pu avancer la science. On comprend dès lors combien l'expérience des trois images bien appliquée peut servir au perfectionnement du diagnostic,

comme dans l'observation que nous avons tirée du service de M. Pétrequin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux anglais.

Medical Times.

Remarques sur une expérience optique servant à apprécier les pouvoirs comparatifs des deux yeux et indiquant le premier degré des changements morbides qui surviennent dans la vision; par le docteur J.-D. MACDONALD. — C'est un fait encore peu connu que lorsqu'on répand une couche de poussière sur la surface d'un miroir, chaque molécule et sa réflexion se comportent l'une par rapport à l'autre de telle manière, qu'une ligne passant par ces deux points sera, dans tous les cas, comme le rayon d'un cercle dont le centre est à la pupille de l'œil de l'observateur qui regarde dans la glace. Ainsi se trouve produite une apparence de rayons qui semblent émaner de ce point. Ceci paraîtra d'abord trivial; mais on va voir que le médecin peut y trouver un critérium précieux pour apprécier la force ou capacité visuelle relative de chaque œil, comparativement à celui du côté opposé, ce qui était jusqu'ici resté l'un des *desiderata* de la chirurgie ophthalmique.

Si l'œil droit est éclairé par une bougie, tandis que le gauche reste dans l'ombre, l'expérimentateur, en regardant dans un miroir préparé comme il est dit ci-dessus, verra que l'émission des rayons procède de la pupille de ce dernier œil. Le phénomène ne dépend point de la position de l'œil.

Si l'on place la bougie du côté de l'autre œil (du gauche), les circonstances physiques sont altérées, et le résultat est justement l'inverse du cas précédent.

Mais si l'on met deux bougies, une de chaque côté de la tête de l'observateur, les lignes formées par les molécules de poussière et par leur réflexion sembleront irradier de chacun des yeux comme centres, ou partir de chaque côté et se diriger mutuellement en travers vers l'œil opposé.

Comme application de ces faits, l'auteur pense que, lorsqu'une cause quelconque empêche l'un des yeux de remplir parfaitement ses fonctions (comme le fait, par exemple, la lumière dans les deux premières expériences), celui des organes qui n'est pas affecté paraît avoir la prééminence; ceci se manifeste par le rayonnement des particules, qui semble s'effectuer de cette pupille vers le miroir, et l'emporter sur le rayonnement de l'autre œil. Par suite de la sympathie qui existe entre le nerf optique et l'iris, quand un fort rayon de lumière tombe sur cette dernière membrane, la pupille diminue de largeur de manière à régler la quantité de lumière qui

va frapper le nerf, d'après la sensibilité de celui-ci. Lorsqu'un œil reçoit cette influence, son pouvoir est considérablement amoindri ; car pendant qu'il est tourné vers l'image dans la glace, l'iris ne peut admettre un degré suffisant de lumière tombant de ce point sur la rétine, puisqu'il a un stimulant beaucoup plus fort, l'action de la lumière. Cet état de choses est tout à fait renversé dans l'œil qui est à l'ombre, parce que l'iris se trouve alors à l'abri d'une lumière intense, et que son office s'est borné à permettre l'entrée d'autant de rayons, provenant des grains de poussière et de leur réflexion, que la délicatesse du nerf optique en peut supporter, ce qui explique parfaitement la force de l'impression surpassant celle de l'œil affaibli.

Lorsqu'on emploie deux bougies, comme dans la troisième expérience, les deux yeux sont également influencés, puisqu'ils reçoivent une semblable quantité de lumière. Ils sont donc pareillement accommodés (*caeteris paribus*) pour remplir leurs fonctions respectives, de telle sorte que les lignes paraissent nécessairement irradier de chacun des yeux.

Maintenant, l'application pratique de ces expériences (si elles sont bien conduites) est que la moindre inégalité dans les pouvoirs d'un œil comparativement à ceux de l'autre œil est découverte instantanément par le chirurgien ; le premier degré de la cataracte ou de l'amaurose ne peut lui échapper. En effet, si les deux yeux sont situés semblablement devant une lumière qui tombe également sur chacun d'eux, le patient distinguera lui-même de quel côté la vision est défectueuse, indépendamment de toute autre preuve en rapport avec les explications ci-dessus.

Il existe une relation très-étroite entre la coordination des mouvements musculaires du globe de l'œil et la fonction de l'adaptation aux distances. Il y a aussi une connexion intime entre cette dernière fonction et la condition de la rétine. Ainsi, si la rétine de l'un des yeux est dans un état de débilité, le changement adaptatif n'aura pas lieu également dans les deux yeux ; et, comme résultat nécessaire, la coordination des actions musculaires, qui effectue si merveilleusement les mouvements synergiques des globes oculaires, se trouve dérangée, et le strabisme survient et s'explique par cette circonstance. Si donc, par suite de la faiblesse de l'une des rétines (qu'elle soit malade, comme cela est le plus fréquent, ou par toute autre cause), il y a tendance à loucher, on peut, grâce à l'expérience précédente, découvrir l'œil qui a cette disposition, car il prend, pendant qu'on l'y soumet, sa position ordinaire. M. Macdonald a fait avec succès cette expérience chez un individu qui était sujet à loucher par suite de la concentration prolongée des yeux sur un plan, ainsi que cela a lieu en lisant. Il y avait défaut de coordination entre le mouvement musculaire des globes oculaires et le pouvoir d'adaptation aux distances ; il y avait aussi manque

de balance dans le ton des deux organes. En regardant dans un miroir, comme il a été dit plus haut, avec une quantité de lumière distribuée également à chaque œil, il observa que les rayons émergents de l'œil gauche croisaient et oblitéraient ceux partant de l'œil droit, ce qui lui fit reconnaître que ce dernier était l'organe affecté.

L'avantage de ce moyen de diagnostic paraîtra évident au chirurgien occuliste s'il considère que, faute d'une distinction suffisante, on a souvent opéré de strabisme l'œil sain. (*Gazette médicale de Paris*, 9 mars.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Considérations sur les caractères, la marche et le traitement de l'ophthalmie contagieuse; par José Paulo da Roza Galhardo e Bom Successo, docteur en médecine de l'Université de Bruxelles, médecin-chirurgien de l'ancienne Académie médico-chirurgicale de Rio-de-Janeiro, médecin de la chambre municipale de Ubatuba (province de Saint-Paul), membre correspondant de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, etc. — Bruxelles, Muquardt, 1849, 8° pp. 76, avec 3 figures gravées sur bois.

Le mémoire que nous allons analyser a été inséré dans les *Annales de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers* (décembre 1849); l'auteur l'a complété par de nombreuses et importantes additions, et l'a fait imprimer à part pour en former la dissertation qui doit servir à la *vérification* du diplôme de docteur-médecin qu'il est venu acquérir à Bruxelles. Son entrée en matière offre des renseignements trop importants pour que nous ne la reproduisions pas intégralement. Voici comment il s'exprime :

« Pendant le séjour que je viens de faire à Bruxelles, où je suis venu subir les examens publics exigés pour l'obtention du grade de docteur en médecine, j'ai suivi avec assiduité celles des cliniques de la capitale de la Belgique qui m'ont offert la possibilité d'acquérir quelques connaissances que je n'avais pu puiser ni dans la fréquentation des cliniques, pendant mes études à Rio-de-Janeiro, ni dans le cours de mes quatorze années de pratique médico-chirurgicale et obstétricale à Ubatuba, dans la province de Saint-Paul.

» La clinique de l'Institut ophthalmique du Brabant, dirigée par M. le docteur Florent Cunier, a surtout attiré mon attention. Je n'ai pas tardé à y être pénétré de la haute importance de l'étude de l'ophthalmologie et à me convaincre de l'exactitude des propositions émises par le savant oculiste Jacob (de Dublin) sur les services que l'étude des maladies des yeux est appelée à rendre à la pathologie et à la thérapeutique générales. J'avais d'abord l'intention de traiter ce sujet; si j'y ai renoncé, ce n'est pas à cause de la difficulté de l'entreprise (j'avais rassemblé des données qui me permettaient d'espérer de la mener à bonne fin), mais uniquement parce que j'ai la conviction qu'en m'occupant de l'ophthalmie contagieuse dans le but de communiquer à mes compatriotes l'état actuel des connaissances des médecins belges sur cette maladie, et en particulier sur sa thérapeutique, je leur rendrai un service dont on ne pourra manquer de me savoir gré. C'est qu'en effet, malgré les ravages que cette ma-

ladie a parfois exercés à bord des navires négriers et à l'époque du marché général des esclaves au Vallongo, ainsi que dans le dépôt général des Enfants abandonnés, dans la maison des Orphelines, et dans les arsenaux de la marine et de la guerre, à Rio-de-Janeiro et sur divers points du littoral du Brésil où elle a parfois régné épidémiquement parmi les noirs, et malgré les nombreuses victimes qu'elle fait dans les exploitations (*fazendas*) de certaines provinces, ses symptômes et sa marche sont encore mal connus des médecins brésiliens, qui ne peuvent, par conséquent, pas la combattre avec avantage.

» L'ophthalmie contagieuse a été importée dans l'empire brésilien, comme dans toutes les contrées à esclaves, par les navires chargés de nègres venant des côtes d'Afrique. L'ophthalmie contagieuse qui règne en Belgique et dans quelques autres pays a été importée en Europe à la suite de l'expédition des Français et des Anglais en Égypte, d'où les noms d'*ophthalmie égyptienne*, *ophthalmie des armées*, *des camps*, etc., qui lui ont été donnés.

» Cette espèce de communauté d'origine porte naturellement à admettre la parfaite identité des maladies oculaires contagieuses importées au Brésil et en Europe. Les descriptions qui en ont été données par MM. Sigaut, Octaviano Maria de Roza, Simonis, etc., pour le Brésil ; par Larrey, Desgenettes, Franck, Savaresy, Scarpa, etc., pour l'Égypte et l'Europe, confirment dans cette opinion ; mais le doute naît dès qu'on lit les écrits des Anglais, des Allemands et spécialement les travaux d'Eble et des médecins belges. Le caractère anatomique spécifique de l'ophthalmie contagieuse, à savoir, la *granulation*, si bien décrit par ces derniers, se trouve, en effet, complétement passé sous silence par les premiers. On est dès lors tenté d'en conclure que les deux affections n'ont d'identique que le caractère contagieux. Il n'en est cependant pas ainsi. Et si les Brésiliens, et avec eux M. Sigaut, qui rapporte avoir eu diverses fois à lutter contre des épidémies de ce mal, ne parlent point des granulations, cela n'offre rien de bien étonnant. N'est-ce pas depuis 1834 seulement que les médecins belges, aux prises avec la maladie depuis 1815, ont compris le rôle que jouaient les granulations dans cette maladie ? Si l'on consulte l'*Histoire de l'ophthalmie* dite *militaire* ou *contagieuse*, que M. Cunier a jointe à ses *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique*, on y apprend qu'avant l'arrivée de M. le professeur Jüngken en Belgique, on n'y avait donné qu'une attention tout à fait secondaire à cette altération si caractéristique de la conjonctive. N'est-ce pas à la suite des publications qui ont vu le jour depuis cette époque chez les Belges, que les Français ont apprécié la valeur des granulations ? »

M. Galhardo a divisé son mémoire en sept chapitres. Dans le premier, il traite des *caractères de la maladie*. Il cite d'abord la description qu'en en a donnée M. Sigaut (*Annales d'Oculistique*, vol. XIII, pp. 74-78) qui lui assigne cinq degrés, et il fait observer qu'elle est incomplète et inexacte. « Il n'y est pas fait la moindre mention de l'état granuleux de la conjonctive, qui joue ici, dit l'auteur, *le rôle capital, qui constitue la maladie*. » M. Galhardo rappelle ensuite que dans le but de mieux préciser la constitution anatomique de la conjonctive palpébro-oculaire, M. De Condé a divisé cette membrane en trois régions : la *conjonctive tarsienne*, la *conjonctive rétro-tarsienne* et la *conjonctive oculaire*, et a démontré que les deux premières sont susceptibles de se recouvrir de granulations ; mais que la seconde, c'est-à-dire la région rétro-tarsienne, est la seule qui puisse présenter les *granulations vésiculeuses* essentiellement propres aux ophthalmies contagieuses.

L'auteur a cru ne pouvoir mieux faire que de reproduire la

presque totalité du *Mémoire* de M. De Condé *sur l'anatomie de la conjonctive au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement*, inséré dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XXI ; il y a joint des figures, gravées sur des dessins exécutés par M. De Condé, qui n'ont pas été jointes au mémoire qui vient d'être cité ; nous croyons, par ce motif, utile de les placer ici ; le lecteur pourra en apprécier la valeur en recourant à la description qui a été donnée dans ces *Annales*. Ces figures sont au nombre de trois ; la figure 1 montre les *granulations*

Fig. 1.

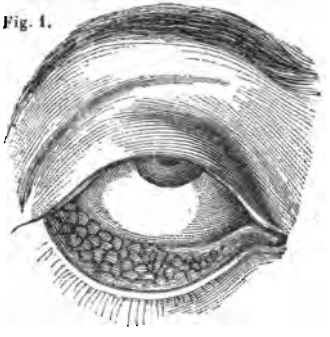
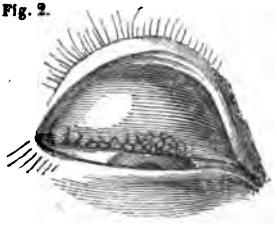


Fig. 2.



vésiculeuses de la paupière inférieure ; la figure 2 représente ces mêmes granulations à la paupière supérieure ; la fig. 3 fait voir des *granulations charnues occupant toute la surface tarsienne de la paupière supérieure.*

Fig. 3.

Le second chapitre est intitulé : *Contagiosité*. L'auteur nous apprend qu'au Brésil, comme dans tous les pays à esclaves, il ne s'est rencontré personne pour contester le caractère contagieux de la maladie.

« La même entente, ajoute-t-il, n'a pas toujours régné en Belgique. Les écrits des Anglais et des Allemands, l'opinion de Kluyskens, les raisons si logiques, si concluantes, de MM. Fallot et Varlez, ne réussirent à convaincre certains écrivains qu'après que des mesures imprudentes eurent jeté dans la population du pays le fléau contenu jusque-là dans l'armée. Rien de plus étrange que ce combat de plus de vingt années contre l'évidence ! »

Après avoir extrait du *Mémoire* de M. Cunier *sur l'ophthalmie*

contagieuse qui règne dans la classe pauvre et ouvrière, les §§ 10-20, relatifs à la contagiosité, et rappelé les désastres si tristes occasionnés par cette maladie au marché du Vallongo, dans les établissements publics et les *fazendas* du Brésil, ainsi que dans les armées européennes, les rassemblements d'individus en général, et fait remarquer la fréquence de ce mal à Bruxelles, « où il en a, » dit-il, noté 2 à 3 cas, pour 1 cas d'affections oculaires d'autre » nature, chez les malheureux qui viennent réclamer les soins de » M. Cunier à l'Institut ophthalmique du Brabant, » l'auteur s'occupe, dans un troisième chapitre, de la *marche de la maladie*. Il adopte complétement la distinction établie par M. Cunier, dans son *Mémoire* cité plus haut, qui admet dans l'évolution de notre maladie deux phases principales, l'une dite de *chronicité*, d'*indolence*, constituant l'invasion et l'accroissement; l'autre, dite d'*acuité*, constituant l'*ophthalmie proprement dite*, et qui signale un état intermédiaire, en quelque sorte mixte, qui constitue l'*ophthalmie sub-aiguë*. Il fait remarquer que la succession de ces trois degrés est loin d'être toujours la même; qu'il n'y a, au contraire, rien de plus irrégulier que la marche de cette maladie, rien de plus inconstant que sa durée, de plus capricieux que ses alternatives d'exacerbation et d'amendement.

Les *complications* forment l'objet du quatrième chapitre; le cinquième traite des *terminaisons;* le sixième est consacré à l'*exposition du traitement*.

La thérapeutique des granulations est exposée d'abord. L'auteur cite la description de la cautérisation par la pierre infernale, donnée par M. Loiseau dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, année 1838, et fait remarquer que les observations récentes de M. De Condé (*Mémoire* cité plus haut) doivent faire modifier considérablement la conduite conseillée par M. Loiseau. Il reconnaît que la cautérisation par le nitrate d'argent constitue un moyen de la plus haute valeur, et a rendu en Belgique des services inappréciables; mais il a trouvé que les reproches qui ont été articulés contre cette méthode sont, pour la plupart, assez graves pour justifier la préférence à accorder à *l'acétate de plomb neutre*, employé selon la méthode de M. Buys. M. Galhardo a suivi avec le plus vif intérêt, pendant son séjour à Bruxelles, les essais cliniques auxquels M. Cunier s'est livré, et qui ont fait l'objet d'une communication à l'Académie royale de médecine de Belgique (1); il considère « *comme un véritable bienfait* » la substitution de l'acétate neutre de plomb au nitrate d'argent.

Après avoir exposé, d'après M. Cunier, la méthode suivie par

(1) F. Cunier. *De l'emploi de l'acétate de plomb neutre, selon la méthode de* M. Buys, *dans le traitement de quelques affections oculaires.* Voir *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1848-49, et *Annales d'Oculistique*, vol. XXI.

M. Buys, l'auteur s'occupe du *traitement de l'ophthalmie proprement dite.* — Lorsque la maladie a franchi ou tend à franchir la limite qui sépare la période chronique de la période sub-aiguë, il faut l'attaquer hardiment par la méthode abortive. « Le nitrate » d'argent en crayon a été employé jusqu'à ce jour, dit M. G.; on » le remplacera désormais par les applications plombiques. » Ce qu'il y a d'important ici, c'est de ne pas perdre de vue que c'est la portion rétro-tarsienne de la conjonctive qui est le siége des granulations qui fournissent la matière purulente ; c'est donc sur cette partie seulement qu'il faut porter soit le caustique soit le sel de plomb. — Dans la période aiguë, il n'y a pas de temps à perdre. Deux indications principales doivent être remplies : *Arrêter la sécrétion purulente. Sauvegarder l'œil contre l'effet destructif de la matière sécrétée.* — La cautérisation par le nitrate d'argent constitue, ainsi que l'a montré le premier M. Kerst, d'Utrecht, le moyen auquel il faut recourir tout d'abord. M. Galhardo cite ce que dit à ce sujet M. Gouzée, qui a décrit minutieusement la conduite à tenir dans la période aiguë.

L'auteur énumère ensuite des moyens autrefois réputés *capitaux*, et « relégués aujourd'hui au second plan ; » il cite la *saignée*, à laquelle il ne faut recourir que sur des indications pressantes, positives, tirées de l'état général ; l'*artériotomie temporale*, que l'on peut dire complétement abandonnée ; les sangsues, que l'on applique, à titre de révulsion, derrière les oreilles, et qu'il est parfois très-utile de faire placer à l'anus, dans les cas de complications arthritiques ; les *ventouses scarifiées*, qui rendent les plus grands services dans la période aiguë ; les *scarifications conjonctivales ; l'excision*, qui ne peut être recommandée que dans certains cas tout à fait exceptionnels, et qui se pratique tantôt dans la conjonctive palpébrale, tantôt dans celle du globe ; les *pédiluves*, les *purgatifs*, qui sont souvent très-utiles. — D'après M. Galhardo, il est presque toujours convenable, dans l'ophthalmie aiguë, de recourir aux hyposthénisants ; le calomel le nitrate de potasse, le tartre stibié, sont donnés à l'intérieur ; voici ce qu'il dit :

« Le *calomel* se donne à doses réfractées ; on l'unit avec avantage à la belladone, à la jusquiame, à l'opium, lorsqu'il existe des douleurs frontales nocturnes. M. Cunier le donne à la dose de 1/3 de grain à 1 grain, d'heure en heure.

» Le *nitrate de potasse* et le *tartre stibié* sont d'excellents hyposthénisants du système circulatoire.

» Le premier convient plutôt dans la période de décroissement de l'ophthalmie aiguë, ainsi que dans la persistance sub-aiguë ou dans la forte congestion des membranes oculaires internes, surtout si on l'attribue à la disposition rhumatismale ou arthritique. — On le donne à la dose de 1 à 4 gros dans une ou deux livres de décoction édulcorée d'orge ou de chiendent, à prendre dans les 24 heures.

» Le second répond aux indications *pressantes* de la saignée générale. Si le sujet est très-fort, on ouvre la veine avant de procéder à son administration.

» MM. Cunier et Stiévenart le prescrivent d'après cette formule :

» Prenez : Tartre stibié. gr. viij.
» Eau distillée de tilleul, ℥iv.
» — de laurier cerise, ℥ß j.

» M. D. A prendre une cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure.
» La dose est successivement augmentée jusqu'à 20 et même 30 et 40 grains. »

A l'extérieur il recommande les extraits de belladone et de jusquiame, le laudanum, le camphre. — Les vésicatoires sont souvent utiles pour fixer la marche rétrograde du mal ; l'auteur leur préfère la pommade stibiée, qui est à la fois plus active et d'un emploi plus aisé. — Pour ce qui est des collyres liquides, il les croit généralement plutôt nuisibles qu'utiles. Il a vu M. Cunier les employer dans la période aiguë, dans le but d'éloigner la matière purulente dont le contact avec les yeux est si dangereux ; c'est au collyre de Conradi (additionné de camphre, lorsque la douleur est prononcée) que M. Cunier donne la préférence ; il le fait introduire toutes les 5 ou 6 minutes entre les paupières ; parfois il a recours à la solution de chlorure oxyde de sodium ou de chlorure de chaux. — Les *collyres secs* et les *pommades* ne doivent être employés que dans la période chronique et surtout dans le traitement du pannus vasculaire. — M. Galhardo termine en indiquant la conduite à tenir dans les cas d'ulcérations de la cornée, de hernies de l'iris, etc., etc., ainsi que lorsque des complications générales existent.

Un septième et dernier chapitre est intitulé : *Observations pratiques*, et a pour épigraphe : *Longum est iter per praecepta, breve et efficax per exempla.* Seneca. — Ce n'est ni le moins important, ni le moins curieux du mémoire ; les préceptes thérapeutiques ont été rendus par M. Galhardo aussi sommaires qu'il a pu, persuadé qu'il était, dit-il, « qu'une exposition, quelque étendue qu'on la » fasse, n'est jamais susceptible de produire les fruits que les » faits cliniques ne manquent pas de donner. » — Tous les faits cités par M. Galhardo sont, à l'exception de deux, connus des lecteurs des *Annales d'Oculistique.*

Le mémoire dont nous venons de présenter l'analyse est l'œuvre d'un bon observateur, d'un esprit judicieux. M. Galhardo a voulu présenter à ses compatriotes l'état actuel de la science au sujet de l'opthalmie contagieuse ; on peut dire qu'il a parfaitement réussi. Il a rendu la plus complète justice aux médecins belges, et, se dépouillant de toute espèce d'amour-propre, il a sagement extrait de leurs travaux ce qui est réellement utile au point de vue du diagnostic et du traitement. L'expérience qu'il a acquise à la clinique de M. Cunier, les faits qu'il cite donnent à son œuvre une grande valeur pratique. Nous pensons qu'il eût été bien difficile de remplir plus convenablement le but que s'était proposé M. Galhardo.

Dr J.

Fig. 1.

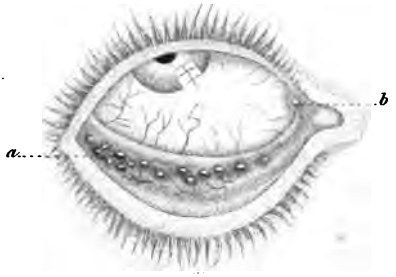
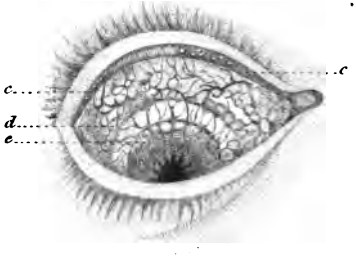


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.



Lith. de J. Barella à Louvain

Fig. 1.

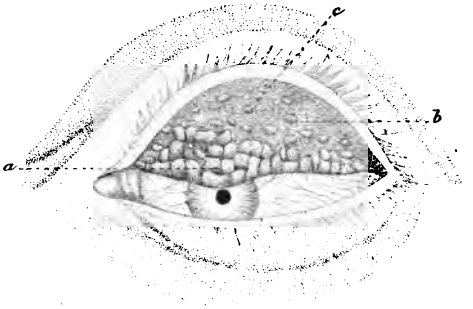


Fig. 2.

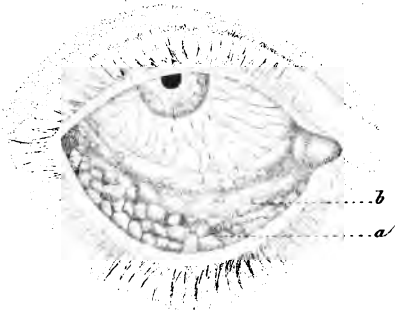
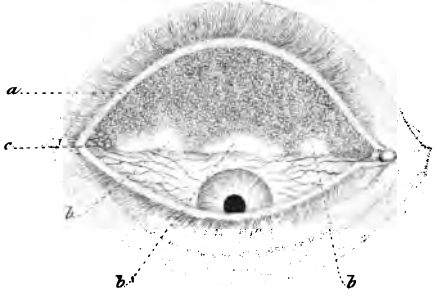


Fig. 3.



Lith. de P. Barella, à Louvain.

Fig. 1.

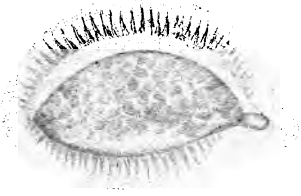


Fig. 2.

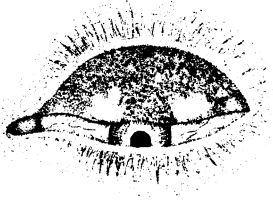


Fig. 3.

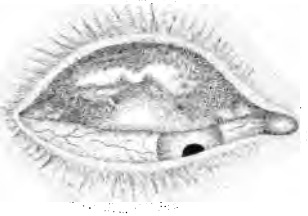
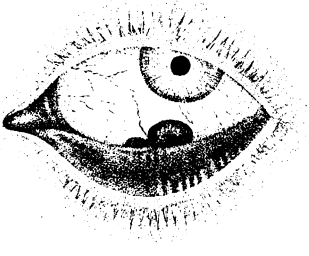


Fig. 4.



Luth. de P. Barella, à Louvain.

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

Tome XXIII. — 4e série. Tome 5e. — 4e livraison.
30 AVRIL 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DE LA GLANDE LACRYMALE ET DE SES CANAUX EXÉCRÉTEURS;

par le docteur GLUGE,

Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles.

L'hypertrophie congénitale de la glande lacrymale n'a pas, que je sache, été décrite jusqu'à ce jour. J'ai figuré son hypertrophie acquise dans mon *Atlas der pathologischen Anatomie*, livraison XVII, planche 3, fig. 20-22.

Dans le cas dont il va être question, et que j'ai pu examiner, grâce à l'obligeance de M. le docteur Cunier, une tumeur avait été remarquée dès la naissance dans la région de la glande lacrymale du côté gauche. Elle augmenta progressivement, et s'étendit, en se ramifiant, au front, à la tempe, à la paupière supérieure. L'œil était chassé en bas et en dedans, faisait saillie de plusieurs lignes entre les paupières, lorsque M. Cunier se décida, de concert avec M. le docteur Buys, à pratiquer l'extirpation de la tumeur. C'était en juillet 1849; l'enfant était alors âgé de cinq ans et demi.

L'opération eut lieu par le procédé de Halpin; et malgré les avantages de ce mode opératoire, l'extirpation fut longue et laborieuse, ce qui se comprend par les dispositions de la tumeur, dispositions que je vais faire connaître.

La masse extirpée, qui m'a été remise par morceaux, constituait un volume au moins égal à celui d'un œuf de poule.

On y distinguait deux substances.

L'une, la substance de la glande, était constituée par des granulations du volume de la tête d'une épingle, assez dures, d'un jaune blanchâtre, d'un diamètre de 1 à 2 millimètres. Ces granulations étaient entourées de tissu cellulaire, et formées par les vésicules

glandulaires, qui, groupées ensemble, constituaient un lobule de la glande.

Fig. 1.

La figure 1 représente une partie d'un lobule glandulaire vue sous un faible grossissement.

Fig. 2.

La face interne des vésicules glandulaires était tapissée par des cellules épithéliales qui devenaient visibles sous un grossissement plus fort. La figure 2 est destinée à faire voir l'extrémité fermée de ces vésicules.

La structure de l'agglomération des vésicules formant un lobule de la glande était donc normale; seulement leur volume était augmenté.

La seconde substance se composait de canaux se subdivisant, lisses, d'un rouge pâle, arrondis, présentant, après leur coupure, une ouverture centrale facilement appréciable.

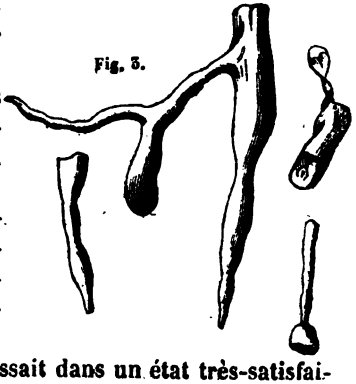
Ces canaux présentaient un diamètre de 2 à 6 millimètres; les plus étroits provenaient directement du lobule glandulaire et se rendaient dans les plus larges. Quelques fragments de ces derniers avaient encore 30 millimètres de longueur. On remarquait dans ces canaux quelques dilatations en forme d'ampoules.

Ces canaux avaient deux membranes; l'une, *externe*, formée par un tissu cellulaire très-fin; l'autre, *interne*, beaucoup plus épaisse, fibreuse, dont il n'était pas possible d'isoler les fibres.

Il existait donc une hypertrophie extraordinaire des canaux excréteurs de la glande.

La figure 3 montre quelques-uns de ces canaux, représentés sous leur grandeur naturelle.

Fig. 3.



Il n'est pas surprenant que MM. les docteurs Cunier et Buys aient hésité à appliquer une dénomination à cette tumeur. Je ferai remarquer, au reste, que l'on extirpe fréquemment et avec succès des glandes lacrymales hypertrophiées; j'en connais un exemple; M. Cunier en possède plusieurs.

Le petit malade de Bruges paraissait dans un état très-satisfaisant en novembre dernier; la paupière continuait de prolaber,

beaucoup moins toutefois qu'avant l'opération ; elle conservait un peu de l'hypertrophie qu'elle avait acquise autrefois ; il subsistait sous la paupière supérieure, vers le canthe interne, un cordon qui n'est qu'une portion hypertrophiée des canaux excréteurs, qui n'a pu être atteinte dans l'opération et qui devra sans doute être extirpée plus tard.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LA PARALYSIE DES TROISIÈME ET SIXIÈME PAIRES CÉRÉBRALES

(Moteur oculaire commun et moteur oculaire externe);

Par Charles DEVAL, D. M. P.

La paralysie de la troisième et celle de la sixième paire cérébrale se sont souvent offertes à mon observation. La première est beaucoup plus commune que la seconde. On rencontre moins fréquemment l'une et l'autre dans l'enfance qu'aux autres âges de la vie.

On sait que le strabisme convergent, la diplopie et l'impossibilité ou la difficulté de porter l'œil dans l'abduction constituent les caractères pathognomoniques de la paralysie de la sixième paire. J'ai vu des exemples de ce genre, dans lesquels la cornée conservait la faculté de se placer au centre de l'écartement inter-palpébral, l'anesthésie du droit externe étant faible, et ce muscle étant, peut-être, secondé dans ses efforts par les deux obliques, si l'on admet, avec le docteur Bonnet (de Lyon), que, sous l'influence de la contraction simultanée de ces derniers, la pupille s'incline en dehors. Peut-être aussi, et comme le suppose le docteur Desmarres, les digitations externes du droit supérieur et du droit inférieur, s'implantant en dehors d'une ligne qui partagerait le globe en deux moitiés latérales, contribuaient parfois à en empêcher la face antérieure de rouler tout à fait vers la caroncule. Quoi qu'il en soit, la diplopie n'existait, dans ces cas, que quand les deux yeux étaient simultanément dirigés du côté du muscle frappé d'inertie, l'organe sain gagnant le grand angle, tandis que son congénère ne pouvait cheminer vers la commissure externe.

Faisons remarquer que l'examen à distance est chose éminemment utile, dans les cas où un strabisme, quelle qu'en soit la nature, se dessine peu. Placez le malade à quelques mètres de distance, et invitez-le à marcher vers vous, en vous regardant ; la déviation ne tarde pas à devenir patente. Ce mode est avantageux

encore dans le strabisme convergent double, pour arriver à apprécier quel est l'œil le plus strabique.

Les dispositions anatomiques du nerf moteur oculaire commun nous donnent, avec la précision la plus rigoureuse, dans sa paralysie, la clef des phénomènes morbides : blépharoplégie; anéantissement des mouvements du globe en haut, en bas, en dedans; strabisme divergent; le ganglion ophthalmique, frappé à son tour, à cause de la souffrance du filet nerveux qui aboutit à son angle postérieur et inférieur, la communique aux nerfs ciliaires qui se répandent dans l'iris; d'où l'inertie de ce diaphragme (*iridoplégie*) et la dilatation de la pupille (*mydriase*). Plusieurs sujets nous ont dit que l'œil compromis leur paraissait plus volumineux que son congénère et tendre à sortir de l'orbite. Cette sensation était due à une sorte d'ophthalmoptose provenant du relâchement anesthésique de presque toutes les cordes musculaires qui contribuent à maintenir le globe en place.

La double perception d'un objet, par la désharmonie des axes visuels que le strabisme engendre, n'a lieu, dans cette paralysie, que quand on refoule vers le sourcil le voile morbidement abaissé; tant que, dans sa dépression, il masque la pupille, l'œil sain reste seul chargé des fonctions visuelles et il n'y a pas de diplopie. Il suit de là, inconvénient qui m'est arrivé chez Delille, dont il a été question dans un précédent travail (1), que la guérison de la blépharoptose, sans celle de la déviation du bulbe, devient souvent, pour les malades, la cause d'une infirmité permanente. Chancelants et gênés dans leur marche incertaine, pris de vertiges, quelques-uns de vomissements, ils se voient contraints, pour se délivrer de leur diplopie, de couvrir d'un bandeau l'œil affecté.

J'ai rencontré des sujets qui, après un laps de temps généralement long, finissaient par ne plus voir double, alors même que la déviation oculaire n'avait subi aucune modification sensible. Cette particularité trouve son explication dans l'habitude que l'on contracte alors de ne regarder les objets que d'un œil, d'où il suit que son congénère tombe graduellement dans l'inertie, et que la sensation que le premier transmet au cerveau absorbe et abolit la sensation beaucoup plus faible que le second perçoit. Aussi, les louches, dès le début de la vie, et qui ont oublié les sensations du premier âge, ne se plaignent-ils jamais, ou presque jamais, de di-

(1) *Annales d'Oculistique*, tome XXII, p. 189.

plopie. « Toute la différence qu'il y a entre les personnes qui » louchent dès leur enfance, dit Saint-Yves (1), et celles à qui ce » défaut arrive dans un âge plus avancé, est que les premières ne » voient pas double, comme il arrive aux dernières. »

Sur près de 300 strabiques examinés avec soin par M. Bonnet (2), ce praticien annonce ne pas avoir trouvé dix fois la diplopie avant l'opération. Dieffenbach prétend, au contraire (3), l'avoir observée chez un tiers, à peu près, de ses malades ; elle n'était presque jamais permanente : il dit avoir remarqué qu'elle se produisait surtout sous l'influence d'une agitation de l'âme, de l'invasion de quelque état maladif et au temps des menstrues.

Les conditions symptomatiques ci-dessus relatées éprouvent des modifications, en plus ou en moins d'intensité, qu'il est aisé de prévoir, suivant que la paralysie intéresse complétement tous les rameaux de l'oculo-moteur ou n'y sévit qu'à des degrés inégaux. Il peut arriver encore que tous les cordons n'étant pas atteints, l'intégrité subsiste dans le jeu des organes auxquels les filets sains se distribuent. J'ai rencontré de ces lésions sans blépharoptose ou sans mydriase ; dans d'autres cas, l'un de ces deux phénomènes, ou le strabisme paralytique, existait seul. Quelques mots sur ces particularités.

La chute de la paupière supérieure, par la paralysie plus ou moins complète de son élévateur, et sans participation des muscles voisins à cette dernière, est assez rare pour que des médecins ne l'aient jamais rencontrée. Admise par Demours, elle a été observée par Auguste Bérard, par plusieurs autres oculistes et par moi-même, avec les caractères les plus évidents.

Mackenzie l'a vue surgir, des deux côtés, chez un homme qui avait marché toute une journée, la tête couverte d'un chapeau mouillé, l'ayant laissé tomber dans une rivière (4).

Affligée, depuis longtemps, d'une double blépharoptose, contre laquelle avaient échoué van Swieten et de Haen, Marie-Thérèse d'Autriche était contrainte, pour pouvoir distinguer les objets, de soulever les paupières supérieures avec le doigt. Wenzel rapporte (5) que son père obtint la guérison de cette infirmité à l'aide

(1) Saint-Yves. *Maladies des yeux*. Amsterdam et Leipzig, 1767 ; p. 124.
(2) Bonnet. *Sections tendineuses*. Paris et Lyon, 1841 ; p. 80.
(3) Dieffenbach. *Ueber das Schielen*. Berlin, 1842 ; p. 4.
(4) Mackenzie. *Traité des Maladies des yeux ;* traduction des docteurs Laugier et Richelot, Paris, 1844 ; p. 145.
(5) Wenzel. *Dictionnaire ophthalmologique ;* Paris, 1808 ; tom. II, p. 6.

d'un mélange d'eau de chaux et d'ammoniaque, dans lequel on trempait des compresses que l'on appliquait sur les parties malades.

Le ptosis paralytique se distingue du simple prolapsus que détermine le relâchement de la paroi palpébrale externe, par la difficulté ou l'impossibilité, de la part du sujet, d'ouvrir l'œil, quand un repli de la peau a été transversalement soulevé, avec les doigts ou avec des pinces, le voile se relevant, au contraire, sous l'empire de la volonté, par l'intervention de cet expédient, lorsque sa chute n'est liée qu'à l'allongement et à l'exubérance de son enveloppe tégumentaire. Celle-ci est, d'ordinaire, polie et sans rides dans le premier cas; elle est flasque et horizontalement plissée dans le second.

Le sourcil, du côté affecté, n'est pas en harmonie, chez quelques malades, avec celui du côté opposé; il est entraîné plus ou moins en haut, de telle sorte qu'au lieu de se trouver au niveau à peu près de l'arc supérieur de l'orbite, il dépasse la hauteur ordinaire de ce dernier d'un centimètre parfois, ou d'un centimètre et demi. Il faut attribuer le changement de position du sourcil aux efforts énergiques qu'effectue l'occipito-frontal pour remplir les fonctions du muscle élévateur dénué de contractilité. Ce sont ces efforts instinctifs qui ont conduit le docteur Chaponnier à imaginer, dès 1817, un petit appareil (1) qui, s'adaptant à la paupière supérieure, dont elle rapproche le bord libre du bord adhérent, vient suppléer au releveur par l'occipito-frontal, les contractions de celui-ci se transmettant au voile paralysé et le portant en haut, sans qu'on soit obligé d'y employer la main. C'est encore afin de placer sous la dépendance de ces mêmes contractions la paupière privée de l'assistance de son muscle élévateur, que Hunt (de Manchester) veut qu'on la raccourcisse, en retranchant un ample lambeau des téguments, sous le sourcil, jusque près des commissures, et en réunissant la plaie par quelques points de suture entrecoupée. L'idée peut être ingénieuse, mais il faudrait prendre garde que son application ne donnât lieu à un lagophthalmos plus funeste que la lésion à laquelle on veut remédier.

Obs. I. — Un professeur d'anglais vint à ma consultation, le 31 octobre 1848, avec un ptosis, du côté droit, datant de trois semaines. Quelques essais ne

(1) On trouvera la description de ce moyen mécanique dans le tome LX, p. 134, de la *Bibliothèque médicale*.

tardèrent pas à me convaincre que l'élévateur n'obéissait plus à la volonté, par suite de son anesthésie. Le bulbe avait conservé la faculté de rouler dans tous les sens; il n'y avait ni strabisme, ni diplopie, ni mydriase. Cet homme, sujet, d'ailleurs, aux rhumatismes, et souffrant encore de douleurs à la jambe gauche, avait éprouvé l'influence d'un vent humide et froid, sur un pont, en attendant le passage d'un convoi du chemin de fer; il s'était, peu de temps après, exposé à un courant d'air, dans un bureau; le lendemain matin, la paupière était abaissée au-devant du globe. Un médecin ordonna de pratiquer, sur celle-ci, des frictions avec la teinture de brucine. L'eau sédative de Raspail paraît avoir fait quelque bien.

Je prescrivis de prendre, soir et matin, une tasse d'une infusion de bourrache et d'arnica, avec addition de 15 ou 20 gouttes de teinture de semences de colchique; d'effectuer, plusieurs fois dans la journée, sur la région affectée et sur les parties limitrophes, des onctions avec un mélange d'alcoolat de romarin, de baume de Fioraventi et d'ammoniaque; d'appliquer, le soir, sur l'organe frappé d'inertie, un sachet de camphre arrosé d'éther. J'insistai sur les précautions hygiéniques, et sur le soin surtout d'éviter les refroidissements.

Une grande amélioration avait été produite, le 14 novembre. Le matin, au sortir du lit, la paupière se redressait assez librement; elle retombait dans la journée, pendant que le malade faisait ses courses, pour se livrer à ses occupations qu'il ne pouvait suspendre. Je conseillai un mélange d'alcoolat de mélisse et de teinture de noix vomique, avec injonction d'y substituer, en cas d'insuccès, une pommade composée d'axonge, de savon blanc, de baume de Fioraventi et de strychnine, suivant une formule de M. Récamier. J'eus le regret de le perdre de vue depuis cette époque.

Obs II.—Mme Rousseau, qui me consulta le 4 juin 1847, attribuait la blépharoplégie dont elle était affligée à gauche, à un coup de parapluie, reçu il y avait quinze mois, au-dessous du sourcil du même côté. L'accident fut suivi d'une injection conjonctivale intense et d'une grande tuméfaction des voiles palpébraux. Je ne constatai aucun symptôme d'affection céphalique.

Les liniments stimulants, la pommade de strychnine et la pommade ammoniacale, appliquées sur la paupière elle-même, les vapeurs d'un mélange de myrrhe et de sucre, qu'on dirigeait vers cette partie, à l'aide d'un entonnoir renversé, et quelques autres moyens encore, parvinrent à redresser plusieurs fois le voile, mais il y eut des rechutes. « Dans la matinée, me disait cette » femme, le 16 août, ma paupière se relève bien; elle s'abaisse plus » tard, à cause des courants d'air et des refroidissements de toute sorte auxquels » je suis exposée dans mon service. » Trop pauvre pour pouvoir se soigner convenablement, elle n'était qu'incomplétement guérie quand elle quitta la consultation.

Dans d'autres circonstances, le défaut d'innervation ne frappe que les filets de la troisième paire qui se rendent au droit interne, d'où le strabisme divergent paralytique, beaucoup plus commun que la plupart des praticiens ne le pensent. Une contraction contre nature de l'abducteur ne donne lieu que fort rarement à la

divergence du globe, d'après Dieffenbach ; elle est presque constamment engendrée par un état d'anesthésie du droit interne. Le rameau de l'oculo-moteur destiné à imprimer la contractilité au droit inférieur, est-il isolément paralysé, l'œil ne peut rouler en bas, d'où la diplopie, quand le sujet regarde dans ce sens, la cornée du globe compromis restant alors placée un peu plus haut que celle du congénère. Le contraire a lieu lorsque le droit supérieur est lésé seul. A la limitation des mouvements du bulbe en haut, à la double vue et à une position plus basse de la cornée, quand le malade porte le regard en haut, il faudra ajouter la blépharoplégie, si la paralysie a envahi toute la branche supérieure de la troisième paire, c'est-à-dire, l'ensemble des rameaux destinés à l'élévateur du globe et à celui de la paupière supérieure.

La dilatation que la pupille peut momentanément acquérir, sous l'influence de quelque agent narcotique, comme la belladone ou la jusquiame, peut s'établir aussi d'une manière permanente, par suite de conditions morbides qui varient. La mydriase est idiopathique ou essentielle, quand elle provient de troubles inhérents à l'iris ou aux éléments nerveux qui lui impriment le mouvement; elle est symptomatique (*mydriase sympathique* de quelques auteurs), lorsqu'elle est liée à des lésions extrà ou intrà-oculaires plus ou moins éloignées de la cloison affectée. On sait qu'elle accompagne fréquemment la présence des vers dans le canal intestinal (*mydriase abdominale* ou *du grand sympathique*. Canstatt). Dans le glaucome, dans la choroïdite, on rencontre généralement une dilatation anormale de la pupille, souvent frangée dans ces occurrences et tirée vers les bosselures scléro-choroïdiennes (staphylômes de la sclérotique), quand ces dernières viennent envahir les membranes pariétales du bulbe dégénéré. Les cataractes très-volumineuses et protubérantes, par suite de leur mollesse, sont compliquées d'une dilatation de la pupille, dont parfois la marge est non seulement refoulée vers le corps qui la presse, mais peut encore être extroversée par la chambre antérieure (*ectropion de l'uvée*). Cette dilatation et l'insensibilité des yeux à la lumière, qui accompagnent certaines cataractes molles, ont conduit à penser, dans certaines circonstances, qu'elles étaient associées à une goutte-sereine ; d'où le refus de l'opération fait par quelques chirurgiens. Tel était le cas d'un seigneur âgé de 68 ans, dont parle Pellier (1). Ce praticien tenta l'extraction, bien qu'il considérât le

(1) Pellier. *Cours d'opérations sur la chirurgie des yeux ;* Paris, 1789, tome I.

succès comme très-douteux, et le malade, condamné à la cécité depuis vingt années, finit par distinguer les petits objets, lire même les caractères les plus fins, avec des lunettes à cataracte. La vue, toutefois, ne se rétablit pas, après l'opération, et tout espoir semblait évanoui, quand cette faculté revint au bout de quelques semaines. Pellier attribua ce retard à la pression qu'avaient exercée, sur le corps vitré et la rétine, les cristallins pourvus du double des lentilles ordinaires, d'où la perte, dit-il, du ton et du ressort de la membrane sensitive. Le long laps de temps pendant lequel les yeux avaient été plongés dans les ténèbres explique d'une manière plus satisfaisante, ce me semble, pourquoi les rétines n'ont été aptes à percevoir la lumière qu'après s'y être graduellement habituées. J'ai souvent constaté un certain degré de mydriase dans les taies centrales de la cornée ; l'agrandissement pupillaire s'effectuait ici afin de permettre aux rayons lumineux de pénétrer plus amplement au fond du bulbe. Ce n'est guère que dans l'amaurose torpide invétérée qu'on rencontre la dilatation de la prunelle ; dans l'amaurose congestive, il y a plutôt contraction de cet orifice, sauf quelques exceptions assez rares.

Bien des gens se croient amaurotiques et n'ont que des mydriases; plusieurs d'entre eux sont entretenus dans cette erreur par des médecins peu au courant des connaissances ophthalmologiques. Consulté par un praticien célèbre de la province, qui pensait être affligé de goutte sereine à l'œil gauche, M. Réveillé-Parise ne trouva qu'une mydriase, qui se dissipa rapidement.

« Je ne doute pas, ajoute l'auteur (1), que la terreur du malade, l'espèce de stupéfaction morale où il était, n'aient singulièrement contribué à entretenir le mal. »

Je n'ai constaté, jusqu'à ce jour, la mydriase idiopathique et non congénitale qu'à un seul œil. Dans cette forme, non-seulement la pupille est agrandie, au point parfois qu'on aperçoit à peine un étroit anneau iridien vers le limbe de la cornée, mais elle est immobile encore ou presque immobile, à quelque alternative de lumière qu'on l'expose. Bien que la mydriase idiopathique soit généralement accompagnée d'un trouble de la vision du bulbe affecté, d'une confusion due à la masse trop grande de lumière qui se précipite vers la rétine, il s'est offert à moi des sujets qui lisaient, de cet œil, des caractères très-fins. Un horloger, atteint de my-

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, tome XV, p. 106.

driase au globe droit, et que le docteur Woirhaye m'a fait l'honneur de m'adresser récemment, distingue plus clairement de ce côté les objets éloignés que les objets rapprochés ; il les voit beaucoup plus petits qu'ils ne le sont en réalité. J'ai rencontré plusieurs fois cette dernière particularité, que Demours dit avoir trouvée chez le tiers à peu près de ses mydriatiques ; niée par Mauchart, par Boyer, par plusieurs autres auteurs, elle a été mentionnée, d'après les recherches de Demours, par Oribase, Aëtius et Paul d'Égine. Le docteur Melchior (de Copenhague) a observé que la myopie figurait quelquefois dans le cortége des premiers symptômes de la mydriase, mais que, presque toujours, la presbytie se manifestait plus tard (1). C'est cette dernière que nous avons vue le plus constamment.

Habituellement, l'invasion de la mydriase a lieu d'une manière subite ; c'est, du moins, ce qui ressort de mes observations qui sont nombreuses.

Mme M... (de Beauvais), qui me consulta le 4 août 1848, jouissait de l'exercice normal des fonctions visuelles, quand elle aperçut, me dit-elle, en se baissant, une goutte de sang qui tomba dans son œil gauche ; la vue y fut instantanément troublée et la pupille y subit une dilatation considérable. Le trou dans la carte rendait la lecture possible, tandis qu'elle ne l'était pas sans ce secours ; il n'y avait, chez elle, aucune trace d'affection amaurotique.

Tramançon (des Thernes), qui se présenta à mon dispensaire, le 23 avril 1849, fut attaqué soudainement à l'œil gauche, le 8 janvier de la même année, d'une mydriase qui, dans son opinion, dépendait d'un refroidissement ; il avait eu, il y avait trois ans, des rhumatismes pour lesquels il prit des bains de vapeur.

Le docteur Canstatt m'a rapporté qu'il avait donné des soins à un peintre qui fut atteint de mydriase pendant qu'il fixait une statue dans le jardin des Tuileries. Les frictions et les instillations éthérées ne produisirent chez lui qu'une conjonctivite, sans diminuer la dilatation pupillaire ; une poudre sternutatoire ayant été prescrite, la pupille se contracta après quelques éternuments, et le trouble visuel s'évanouit.

Une femme mydriatique, que j'ai observée avec cet excellent praticien, offrait une langue saburrale et tous les signes d'un embarras gastrique. Pensant qu'il y avait ici, comme dans les affections

(1) *Annales d'Oculistique*, tome XII, p. 9.

vermineuses, un rapport de causalité entre les conditions du tube digestif et la souffrance de l'iris, Canstatt ordonna des purgations répétées, ajoutant que les émétiques seraient peut-être utiles plus tard. Ware avait déjà fait remarquer que, chez quelques sujets, la dilatation paralytique de la pupille avait été précédée de troubles dans le canal alimentaire.

Toute compression sur le ganglion ophthalmique peut donner lieu à la dilatation pupillaire, par l'anesthésie des nerfs qui en émanent pour aller animer l'iris. C'est d'après ce mécanisme qu'il faut souvent en expliquer l'apparition dans l'exophthalmos par une tumeur quelconque, par une hypérémie, par une infiltration des tissus cellulo-adipeux de l'orbite.

Obs. III. — Le 30 août 1849, Mme Muhan, couturière, vint à mon dispensaire avec une mydriase idiopathique à droite. La rétine jouissait de ses conditions physiologiques; rien d'anormal n'existait dans la motilité des muscles oculaires. Cette femme avait été atteinte, il y avait deux mois et demi, d'un érysipèle de la face, pour lequel elle avait reçu les soins du docteur Coquerel; la partie droite de la figure avait été surtout envahie, et le globe correspondant s'était longtemps dérobé à l'observateur, masqué qu'il était par la tuméfaction des voiles palpébraux. Des sangsues et un exutoire avaient été placés derrière l'oreille droite.

L'état paralytique de l'iris ne dépendait-il pas de la propagation du gonflement érysipélateux à une portion du tissu cellulaire de l'orbite, d'où une pression sur le ganglion ophthalmique et la souffrance des nerfs ciliaires? Je le crus et insistai sur les mercuriaux, en frictions sur le front, aidés des purgatifs et de quelques autres moyens, ce qui réussit. La dilatation pupillaire subsistait toutefois encore, bien qu'à un faible degré, au bout de trois semaines, quand, par suite d'un travail immodéré, une kératite ulcéreuse survint, durant laquelle la mydriase cessa tout à fait. L'irritation cornéenne ne vint-elle pas en aide à la médication, en agissant sur les contractions de l'iris, comme le fait cette même irritation, dans la cautérisation de la cornée, suivant le procédé de M. Serre, ou lors de l'implantation d'un corps étranger dans ses lames?

J'ai vu la mydriase accompagner l'anesthésie du moteur oculaire externe, phénomène qu'on a expliqué par des anastomoses entre la 3e paire et la 6e. Krauss, Grant (de New-York) ont prétendu avoir suivi un filet du dernier nerf jusqu'au ganglion ophthalmique, disposition qui paraît avoir été également rencontrée par mon ami, le docteur Longet, d'après ce qu'il m'a dit lui-même; cette union exceptionnelle n'est qu'apparente, suivant Hyrtl (de Prague), le filet de communication n'étant autre chose qu'un ramuscule de l'oculo-moteur dont la marche est anormale.

Dans un cas que j'ai observé, il y a une quinzaine d'années, à la consultation du docteur Sichel, une mydriase surgit à l'œil droit, en

même temps qu'une paralysie du droit externe à l'œil gauche. Le docteur Canstatt, collaborateur de M. Sichel à cette époque, prescrivit une application de sangsues au fondement, des frictions stibiées à la nuque, et un mélange de calomel et de sucre, que le malade devait priser par la narine droite.

J'ai vu beaucoup plus souvent la mydriase compliquer la névralgie trifaciale; parfois même, elle se manifeste périodiquement, quand les accès névralgiques de la 5e paire sont intermittents. Tel était le cas d'un orfèvre, mentionné par le docteur Canstatt, et qui, pendant huit jours, devint mydriatique à un œil, depuis le matin jusqu'à trois heures de l'après-midi, éprouvant, en outre, dans cette partie de la journée, des douleurs dans la branche ophthalmique de la 5e paire. L'accès n'avait lieu que tous les huit jours, chez un jeune homme observé par mon illustre maître, le professeur Rosas (de Vienne). Ces deux malades guérirent par le sulfate de quinine.

Chez une femme que j'ai rencontrée au dispensaire de M. Sichel, il y avait paralysie du nerf facial à droite, avec mydriase du même côté. M. Sichel crut de prime abord à l'existence d'une amaurose; l'expérience du trou dans la carte démontra que la rétine n'était pas malade.

Au demeurant, comme c'est aujourd'hui une vérité physiologique incontestée que l'iris ne doit ses mobilités qu'à la racine qu'il reçoit de l'oculo-moteur, il suit de là que la mydriase est une affection propre à cette dernière paire nerveuse.

Le docteur Marchal (de Calvi), qui a publié des faits dans lesquels l'anesthésie de la troisième paire avait surgi consécutivement à une névralgie trifaciale, allègue (1), comme explication hypothétique probable, une transmission réflexe de l'action morbide des rameaux de la cinquième paire au ganglion ophthalmique, et de celui-ci, par sa racine motrice, à la troisième paire. La même donnée ne serait-elle pas applicable à la mydriase accompagnant une maladie du trifacial, sans autres désordres apparents de la troisième paire? Ne s'appliquerait-elle pas encore aux mydriases, dites abdominales, et ici, par la communication du grand sympathique avec le système ciliaire, communication en vertu de laquelle le ganglion ophthalmique peut être considéré comme le premier anneau de la chaîne sympathique? Toutefois, nous ajouterons que

(1) *Gazette des Hôpitaux*, année 1845, p. 471. — *Abeille médicale*, tome II, p. 285.

le point de départ anatomique de la mydriase nous échappe dans une foule de cas ; nul doute qu'il existe fréquemment dans la sclérotique ou dans la choroïde, ou bien encore entre les deux membranes, sur le trajet intrà-oculaire des nerfs ciliaires, gênés, comprimés par un point d'engorgement lymphatique ou sanguin, par un obstacle quelconque.

Est-ce encore à un état paralytique de l'iris, comme Middlemore, Wardrop, etc., le pensent, qu'il faut attribuer la vacillation, d'avant en arrière, et d'arrière en avant, de ce diaphragme, tremblement connu sous le nom d'iridodonésis? Dépendrait-il, comme le dit le docteur Rognetta, de choroïdites et d'iritis prolongées, qui ont oblitéré une grande partie de la vascularité érectile de la trame iridienne, devenue flasque, à l'instar du pénis chez le vieillard, faute de congestions actives capables de remplir ses cellules vasculaires? L'iridodonésis ne résulte pas, dans mon opinion, des influences invoquées par les auteurs qui viennent d'être cités. Il me paraît uniquement dû à des conditions survenues dans les milieux réfringents intrà-oculaires : diminution de quantité de l'humeur aqueuse ; absence, déplacement, déchatonnement de la lentille (*cataractes branlante et natatile*); fluidification du corps vitré (*synchisis*), ou décroissance de volume de la masse de ce dernier par son élimination partielle, ou par toute autre cause. Il suit de là que l'iris n'étant plus soutenu, comme il l'est dans une coque physiologiquement pleine, éprouve, dans les divers mouvements de l'œil, l'ondulation dont il est question, et telle, parfois, que la membrane vient heurter contre la face postérieure de la cornée. C'est, sans nul doute, à la suite de l'opération de la cataracte qu'on constate le plus fréquemment l'iridodonésis ; je l'ai vu se manifester immédiatement après la réclinaison, dès que l'aiguille avait été retirée de l'œil. J'ai observé une femme portant une luxation lenticulaire, et chez laquelle la moitié interne de la pupille gauche, occupée par la cataracte, était opaque, et l'autre moitié d'un beau noir. Détaché seulement en dehors, le cristallin était disposé de telle sorte que son bord externe était devenu antérieur-externe ; l'iridodonésis n'avait lieu que dans la moitié temporale de la cloison. Il accompagne parfois l'atrophie du bulbe. Son apparition dans l'amaurose torpide ou asthénique est un phénomène assez rare, d'après mon expérience. Quand il surgit dans cette occurrence, ne pourrait-on pas l'attribuer, avec le professeur Bouisson (de Montpellier), à un état atonique de l'œil, état en

vertu duquel ses fonctions nutritives sont devenues languissantes ; d'où l'insuffisance de l'humeur aqueuse, par la lenteur avec laquelle la nature en répare la déperdition ; d'où encore l'affaiblissement de la vue, par la participation de la rétine à cette débilitation locale et quelquefois générale de l'économie. On a noté l'iridodonésis dans quelques amauroses survenues comme vice de première conformation ; il est alors associé au roulement des globes dans les orbites, phénomène pathognomonique de la cécité congénitale ou arrivée dès le début de la vie.

C'est émettre une vérité banale que de dire que les paralysies des 3e et 6e paires cérébrales peuvent provenir d'une hémorrhagie, d'un ramollissement, d'un cancer, d'un tubercule du cerveau, d'une tumeur quelconque aux enveloppes de l'encéphale, comme une végétation fibreuse de la dure-mère (*Clinique* d'Andral), de tous désordres graves, en un mot, des centres nerveux. Chez un marin, observé par le docteur Curling, une double paralysie de l'oculo-moteur s'était progressivement développée, à la suite d'un accès d'épilepsie. Le docteur Carron du Villards a rencontré cette paralysie sur plusieurs sujets, dans une épidémie de typhus qui sévit en Italie, en 1817 et 1818. Une simple turgescence vasculaire, artérielle ou veineuse, dans le crâne, paraît capable d'engendrer ces formes morbides. N'est-il pas aussi permis de supposer que de ce travail congestif peuvent naître des épanchements séreux ou plastiques, qui compriment, vers son origine, le tronc nerveux frappé d'inertie ? C'est en triomphant de ces produits que les hydrargyriques, si utiles dans ces occurrences, procurent très-probablement la guérison. Il faut toutefois reconnaître que la cause prochaine, à laquelle la lésion est liée, échappe bien souvent à la sagacité du praticien.

Obs. IV. — Lecouteux, âgé de 45 ans, à qui j'ai donné des soins depuis le 25 octobre 1849 jusqu'au commencement de décembre de la même année, fut soudainement frappé d'une paralysie de la 3e paire gauche, pendant qu'il travaillait un morceau de fer incandescent sur une enclume ; elle était complète, sauf la mydriase dont il n'existait aucune trace.

La pesanteur de tête, les bourdonnements et les sifflements des oreilles, les éblouissements ne cédèrent qu'avec peine à une médication énergique, qui se composa de larges et fréquentes déplétions sanguines, de pédiluves irritants, de cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, de lotions froides sur le front et les tempes, d'onctions sur la même région avec l'onguent napolitain, et de purgatifs. Aucun stimulant local ne fut appliqué au voisinage de la partie lésée. Le 24 novembre, il ne restait qu'un peu d'atonie paralytique à l'adducteur, de telle sorte que la diplopie ne se manifestait que quand le malade tournait très-

fortement les yeux à droite. Une conjonctivite légère, qui surgit vers la fin du traitement, céda avec facilité à un collyre de sulfate de zinc.

Le 10 décembre 1849, la guérison était complète.

Obs. V. — Mme Vaganey (4 décembre 1845), affligée d'une paralysie de la 3e paire du côté droit, éprouvait, depuis longtemps, de la céphalalgie et des tintements d'oreilles. Elle apercevait fréquemment des étincelles, même dans l'obscurité de la nuit (congestion cérébro-oculaire).

Obs. VI. — Perrey (1er octobre) portait dans la fossette sous-occipitale un cautère qu'on lui avait prescrit pour des accidents de même nature. A l'époque où naquit chez lui une paralysie de la 3e paire gauche, de l'embarras existait dans la langue depuis quatre jours.

Obs. VII. — Mme Robert m'offrit, le 3 juillet 1848, la même affection, datant, à l'œil gauche, de cinq semaines. Elle avait éprouvé déjà, du même côté, une hémiplégie dont elle était délivrée.

Obs. VIII. — Gérard se présenta, le 23 mars, avec une paralysie de la 6e paire à l'œil gauche. Dans la rue et pendant son travail, il clignait de cet œil, afin de dissiper, par l'occlusion des paupières de l'organe malade, la diplopie qui le gênait. Il revint, le 3 avril, non guéri de cette infirmité et ayant, en outre, une paralysie de la 3e paire droite. Cet homme, en proie à une lésion céphalique grave, et dénué, d'ailleurs, de toutes ressources, a dû entrer à l'hôpital.

Une congestion, liée à un retard menstruel, a donné lieu, chez l'une de mes malades, à une paralysie de la 6e paire. Cette circonstance pathogénique, ainsi que la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel, avaient été notées déjà par Plenck (1) et par Kortum (2).

Obs. IX. — Mme Bousse, femme forte, d'une haute stature, d'un tempérament sanguin et d'ordinaire abondamment réglée, vint à ma consultation publique, le 28 avril 1848. Atteinte d'un strabisme convergent à l'œil droit, avec diplopie, elle éprouvait de violents maux de tête, par suite de l'influence ci-dessus relatée ; elle n'avait pas eu ses règles depuis deux mois. Un médecin avait pratiqué deux saignées, l'une au bras, l'autre au pied, et fait placer un vésicatoire derrière chaque oreille.

Les sangsues aux cuisses, les ventouses scarifiées entre les épaules, les pédiluves, les réfrigérants, les mercuriaux, les pilules d'Anderson, et les emménagogues, en temps utile, améliorèrent l'état de la malade, qui n'était pas entièrement guérie six semaines après l'attaque et malgré le retour de la période. La réapparition d'épistaxis auxquelles elle était autrefois sujette et que nous provoquâmes par l'application de sangsues dans les narines eut, sur les conditions de l'anesthésie, une influence salutaire. Le 20 juillet 1848, la guérison était radicale.

(1) Plenck. *Lehre von den Augenkrankheiten.* Vienne, 1788; p. 39.
(2) Kortum. *Handbuch der Augenkrankheiten.* Lemgo, 1791; t. I, p. 62.

Le professeur Lallemand a insisté, avec juste raison, sur un principe qui me paraît capital au point de vue thérapeutique : c'est de ne point user des expédients, dits emémnagogues, pendant tout le cours du mois, à des époques indéterminées. Il faut les administrer vers la période seulement où les règles devaient venir, et les continuer alors pendant quatre ou cinq jours. Si la menstruation s'est supprimée depuis longtemps, on choisit, pour commencer la médication, un jour du mois indistinctement, et on la répète, les mois suivants, aux mêmes époques.

Obs. X. — Une couturière, que j'ai observée au dispensaire de M. Sichel, était affligée, depuis deux mois, d'une paralysie de la 3e paire, à un œil ; nous constatâmes, dans le même organe, quelques taches filiformes sur la cristalloïde antérieure. Chez cette malade, très-peu réglée, des hémoptysies suppléaient, tous les mois, à l'insuffisance de l'évacuation sexuelle. « J'ai quelquefois vomi, » nous dit-elle, une cuvette de sang. » Le premier jour où nous la vîmes, elle se plaignit d'une forte céphalalgie et de bourdonnements d'oreilles.

Le docteur Sichel conseilla l'application de vingt sangsues aux cuisses, après les règles, avec injonction de les poser avant la période, s'il survenait un vomissement de sang. A ce moyen il associa les pédiluves, l'onguent napolitain sur le front et les pilules d'aloès et d'extrait de sabine.

Chez plusieurs de mes malades, les paralysies qui font l'objet de ce mémoire ont reconnu pour causes des lésions traumatiques.

Obs. XI. — Vandre, cantonier au chemin de fer du Nord, qui nous offrit, le 23 août 1847, une blépharoplégie et un strabisme externe à l'œil droit, était tombé, trois jours auparavant, le nez sur un rail.

Obs. XII. — Mme Guémat présenta cela de particulier qu'une blépharoptose paralytique, à droite, était permanente, tandis que le strabisme divergent, du même côté, et la diplopie, ne se produisaient que de temps à autre. Un coup violent, reçu il y avait cinq semaines, sur la partie correspondante de la tête, était le point de départ de ces désordres.

Obs. XIII. — Jacquemet (paralysie des 3e et 7e paires droites) avait fait, un mois auparavant, une chute sur la moitié droite de la face.

J'ai rencontré des dilatations pupillaires qui avaient pour origine une contusion kératique. Tel était le cas de Nicolas Mayer, portant, depuis 27 années, à l'œil gauche, une mydriase, survenue par suite d'un coup de fouet sur la cornée, mydriase qui ne troublait aucunement la vision générale. En fournissant à l'organe une petite pupille forée dans une carte, il put reconnaître très-clairement l'heure à une pendule, ce qui n'avait pas lieu sans ce moyen. Chez Simon, observé à Berlin par le docteur Hemming (1), la dila-

(1) *Journal de* Hufeland *et de* Himly ; année 1811.

tation était telle au globe gauche, où le miroir avait été blessé par un morceau de bois, qu'il y avait confusion de la chambre antérieure avec la postérieure, ce qui n'empêchait pas cet œil de distinguer les objets et les couleurs. Schlemm a trouvé, dans la cornée, des nerfs provenant des nerfs ciliaires, lesquels, en traversant le ligament de ce nom, se divisent en deux séries de filets, les postérieurs destinés à l'iris, les antérieurs à la cornée, découverte confirmée par les dissections de Purkinje (de Breslau) et de Pappenheim. On conçoit, dès lors, comment une violence, agissant sur les rameaux nerveux kératiques, retentit vers les filets iridiens, d'où l'anesthésie de ceux-ci et la paralysie de la membrane qui les reçoit. La cautérisation de la cornée, comme moyen curatif de la mydriase, fonctionne d'après le même mécanisme ; la stimulation imprimée aux filets cornéens, se propage ici aux filets iridiens, d'où la contraction de la pupille.

Obs. XIV. — J'ai vu, à la consultation du docteur Sichel, une femme de 65 ans, qui fut prise d'une forte mydriase à un œil, à la suite d'une violence traumatique qui porta sur les régions sus et sous-orbitaires. Séparées par une languette étroite d'iris, les deux chambres n'en formaient, pour ainsi dire, qu'une seule.

Parmi les causes les plus fréquentes de la paralysie des nerfs de l'œil et des névralgies de toutes sortes, il faut citer le froid humide, et son impression surtout quand on sort d'un lieu fortement échauffé, les brusques mutations de l'atmosphère, les courants d'air, notamment lorsqu'on est en sueur, les lotions à l'eau froide de la tête ou de la face en transpiration, toutes les influences, en un mot, qualifiées de rhumatismales.

En décembre 1762, la marquise de Pompadour, après avoir pris froid dans le parc de Versailles, fut très-étonnée, le lendemain à son réveil, de ne plus distinguer que la moitié des objets qu'elle regardait de son œil gauche (*amaurose partielle*). En examinant une personne, dit Demours, qui relate ce fait (1), elle ne voyait ni la joue droite ni le côté correspondant du nez. Il annonce que son père triompha de l'accident, au bout de deux mois, en insistant sur les moyens capables d'exciter l'action du tissu cutané.

Irritation *sui generis*, pour la plupart des médecins, du tissu fibreux, blanc ou rouge, ou du tissu fibro-séreux, et susceptible conséquemment de surgir dans tous les points où les éléments de

(1) Demours. *Traité des maladies des yeux ;* Paris, 1818, tome I, p. 396.

ces tissus existent, le rhumatisme, affection d'un cachet spécial, pourrait bien n'être, dans la pensée de M. Réveillé-Parise, qu'une névrose localisée soit dans les gros troncs nerveux, soit dans leurs ramifications, soit dans leurs expansions inter-cellulaires ou inter-fibrillaires des masses musculaires. L'auteur émet cette opinion sous forme dubitative et comme la plus probable seulement.

« On peut affirmer, dit-il (1), dans les considérations qui en précèdent le développement, que la nature du rhumatisme, le tissu intime qui en est le siége, nous sont à peu près inconnus; en sorte que, si, aujourd'hui même, où tant de voix menteuses proclament les étonnants progrès de la science, on posait cette question au praticien le plus instruit, le plus exercé : Qu'est-ce qu'un rhumatisme? il répondrait, s'il est sincère : Je n'en sais rien. »

Bien que cette assertion soit vraie, dans un grand nombre de cas, dans une hémiplégie faciale, par exemple, à la suite d'un simple courant d'air, je crois, toutefois que dans d'autres (et nous ne parlons ici que de ce qui a trait à la pathologie ophthalmique), l'échange spontané d'un mouvement fluxionnaire, qui, abandonnant violemment l'organe cutané, envahit, impétueusement aussi, l'œil, et souvent le cerveau, explique suffisamment le phénomène. C'est suivant ce mécanisme que la cessation d'une transpiration, accidentelle ou habituelle, comme la sueur des pieds, peut engendrer, vers l'appareil de la vision, un travail morbide susceptible d'y causer la cécité. Tel était le cas de cette jeune fille, dont parle Arrachart (2), qui, après avoir porté, par les plus grandes chaleurs de l'été, une charge de linge à la rivière, plongea, toute mouillée de sueur, ses bras dans l'eau ; saisie soudainement par le froid, elle fut frappée de cécité en moins d'un quart d'heure. Je cite encore l'exemple d'un jeune homme qui, ayant séjourné dans une pièce fortement chauffée par un poêle, en sortit tout en sueur. La transpiration fut arrêtée par l'impression de l'air froid ; il se coucha avec un violent mal de tête, et le lendemain, il se réveilla aveugle. Je trouve, dans la publication de Kleinert (3), le fait d'un garçon, aux yeux délicats, qui, un quart d'heure après s'être frotté la face avec de la neige, fut atteint d'un tel trouble de la vue qu'il ne pouvait reconnaître les objets, qui lui semblaient obscurcis par un nuage épais. Celui-ci, et la céphalalgie qui l'accompagnait, com-

(1) *Bulletin général de Thérapeutique,* tome IX, p. 41.

(2) Arrachart, *Mémoires, dissertations* et *observations de chirurgie;* Paris, 1805, p. 201.

(3) Kleinert's *Repertorium.* Leipzig, 1836; 3e numéro, p. 52.

mencèrent à se dissiper, au bout de quelques heures, par le séjour au lit et sous l'influence de boissons chaudes, qui provoquèrent une diaphorèse abondante; il ne resta plus qu'une forte photophobie, qui s'évanouit graduellement à son tour.

Obs. XV. — Telle est, chez Mme Douceron, la susceptibilité de l'économie à se laisser impressionner par les vicissitudes de l'atmosphère, que, lorsque le temps est humide et brumeux ou que la pluie menace, elle éprouve des douleurs sur plusieurs points du corps, aux membres notamment, et dans la région lombaire. A ce baromètre vivant sont applicables, à un haut degré, ces mots du spirituel écrivain cité tout à l'heure, et qui à l'autorité du talent joint encore, dans l'espèce, celle d'être rhumatisant lui-même (1) : « Les variations de l'aiguille ai» mantée, les oscillations du mercure dans les instruments météorologiques, » n'ont certainement ni la même rapidité ni la même précision qu'un organe » rhumatisé, pour annoncer les perturbations atmosphériques. » Mme Douceron ne peut tolérer les applications réfrigérantes; un sentiment de glace, qu'elle éprouve de temps à autre sur la tête, ne se calme que par la chaleur. Maintes fois, chez elle, les muscles oculaires ont été frappés d'anesthésie; elle reçut, en 1839 et 1840, les soins de M. Sichel, pour une paralysie des troisième et sixième paires; elle a offert aussi le *strabismus horrendus*, dans lequel un œil est tourné en haut et l'autre en bas.

Le 10 février 1849, deux rameaux surtout de la troisième paire étaient paralysés à droite depuis trois semaines : 1° le rameau qui se rend à l'élévateur de la paupière supérieure (*blépharoplégie*); 2° celui qui anime le droit interne (*strabisme divergent*). Les mouvements du bulbe en haut et en bas étaient réguliers, bien qu'un peu ralentis; il n'y avait pas de mydriase. A l'œil gauche, conditions normales.

J'ordonnai un bain de vapeur aromatique et à domicile, tous les quatre jours, le soir, au moment du coucher; des frictions générales avec une brosse de flanelle; des onctions, sur le front et la tempe droite et sur la paupière de ce côté, avec un mélange d'alcoolat de mélisse, de baume de Fioraventi et d'ammoniaque. Je conseillai de couvrir la tête d'un bonnet de taffetas gommé, de porter de la flanelle, d'éviter tout refroidissement, de prendre, soir et matin, une tasse d'une infusion de bourrache et d'arnica, avec addition de teinture de semences de colchique.

Le 17 février, la blépharoptose et le strabisme avaient disparu; deux bains de vapeur, d'une demi-heure chacun de durée, avaient été pris; la coiffe de taffetas gommé avait amené, au cuir chevelu, une transpiration abondante. J'ai eu, plus d'une fois, lieu de me féliciter, dans les cas de ce genre, de l'emploi du dernier moyen, dont le docteur Rousset (de Vallière) m'a dit avoir également retiré de grands avantages, dans beaucoup de surdités.

Vers le 25, la paupière s'abaissa de nouveau, bien qu'à un assez faible degré, par suite du temps humide; cet accident n'existait plus le 1er mars. Le 17 du même mois, cette femme était en proie à quelques douleurs qu'elle attribuait à l'état brumeux de l'atmosphère. Je ne l'ai plus revue depuis lors. Je suis fondé à croire que je serai appelé de nouveau à lui donner des soins. Un changement

(1) *Loc. cit.*, p. 42.

de climat me paraît seul capable de prévenir des accidents qu'on peut momentanément dissiper, mais que les mêmes causes contribueront très-probablement à faire renaître.

Obs. XVI. — Le 6 janvier 1848, Mme Chenut, marchande de vin, consulte, à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Roux, qui lui ordonne un séton à la nuque. Répugnant à s'y soumettre, elle vint me trouver et me fournit les renseignements suivants :

Une douleur très-forte surgit à l'épaule droite, il y a six mois. Elle ne dura que vingt-quatre heures, du dimanche au lundi soir. Le mardi, la partie droite du front fut envahie par des élancements, qui se perpétuèrent six semaines ; après leur disparition, des souffrances aiguës se manifestèrent à la mâchoire inférieure, à gauche. Un jour que Mme Chenut se trouvait au Jardin des Plantes, il y avait trois mois, la vue se troubla tout à coup, au point que les objets n'étaient presque plus distingués ; elle ne ressentit plus, dès lors, les douleurs de la mâchoire. Son médecin avait eu recours aux émissions sanguines, aux vésicatoires et au calomel.

Je constatai une vision assez obscure pour empêcher la consultante de cheminer seule, sans danger, sur la voie publique. Un strabisme interne, associé à de la diplopie, régnait à gauche. La malade accusait un sentiment de glace sur la tête, qu'elle couvrait beaucoup ; elle était très-sensible au refroidissement de la température, et recherchait la chaleur.

Une paralysie de la sixième paire gauche et une amblyopie double, de nature rhumatismale, ne pouvaient être l'objet d'un doute. Je rappellerai que des auteurs admettent que la membrane de Jacob joue un rôle important dans la manifestation de la dernière forme morbide, opinion qui cadre avec l'idée qu'on se fait généralement du rhumatisme, mais dont la vérité est loin d'être démontrée. L'existence même de l'organe en question est contestée par des anatomistes du premier ordre.

« La membrane sérieuse que Jacob a décrite, dit Blandin (1), et qui serait intermédiaire à la choroïde et à la rétine, est une fiction fondée sur le développement séreux qui a lieu en ce point, dans une variété d'hydropisie oculaire »

M. Giraldès, qui s'est livré à des recherches minutieuses sur la membrane dont il s'agit (2), l'a rencontrée sur des reptiles et sur des poissons (morues, bars, squales, etc.); il pense qu'elle existe aussi dans les mollusques céphalopodes. Dans les mammifères, on la trouve chez le bœuf, le lion, le chat, la baleine ; elle est surtout très-distincte sur le cheval.

Obs. XVII. — La paralysie de la sixième paire gauche, et la diplopie qui en

(1) Blandin. *Anatomie descriptive ;* Paris 1838, t. I, p. 757.
(2) Giraldès. *Études anatomiques sur l'organisation de l'œil.* Thèse inaug. Paris, 1836.

était la suite, avaient encore une origine rhumatismale chez M. T....., paysagiste fort distingué, qui me fut adressé, le 16 mars 1849, par les docteurs Delarroque et Déramond. Cet artiste habite, depuis quatre années, aux mansardes, un logement glacial, dont il a essuyé les plâtres ; son lit est adossé à un mur humide et froid (1); il a maintes fois éprouvé des douleurs aux membres inférieurs ; avant l'invasion de l'anesthésie du droit externe, la région massétérine du côté droit offrit une rojdeur douloureuse, qui dura huit jours, et faisait souffrir le malade dans l'acte de la mastication.

Ne constatant aucun travail congestif vers la tête, je ne pus, quant au traitement, partager l'opinion d'un oculiste recommandable, qui, consulté avant moi, avait prescrit des sangsues au fondement, le calomel à l'intérieur, et des frictions, sur le front, avec une pommade iodée, dans le but, dit-il au malade, de faire résoudre un épanchement possible.

Le docteur Badin d'Hurtebise, auteur d'une dissertation assez complète sur la paralysie de la sixième paire (2), annonce que, bien qu'il n'en possède pas d'observations, il croit devoir admettre que l'action d'un courant d'air, l'impression de l'air froid, qu'on a si souvent vu engendrer des paralysies de la septième paire, et même des parties voisines de la sixième, pourraient également donner lieu à l'affection qui fait l'objet de son travail. Le siége profond de la sixième paire, continue-t-il, et le peu d'étendue des parties auxquelles elle se distribue, la rendent plus réfractaire que d'autres à l'influence de ce dernier ordre de causes.

Nous sommes en mesure d'ajouter la sanction des faits à l'opinion de l'auteur de cette dissertation.

Obs. XVIII. — Leguay, qui nous consulta, pour la première fois, le 8 novembre 1847, pour une paralysie de la sixième paire gauche, datant de six jours, avait reçu quelque temps, sur la face, l'air provenant d'un carreau cassé.

Obs. XIX. — Mme Masson, limonadière, est sujette, depuis six années, à des douleurs rhumatismales ; la vue a toujours été bonne. Vers le milieu de juin 1849, le jour d'un grand orage, se trouvant en transpiration continuelle, par suite de la chaleur et d'un surcroît de travail, elle fut contrainte de descendre très-souvent de sa boutique dans une cave humide. De la céphalalgie et du frisson surgirent le soir, et le lendemain elle vit double. Nous constatâmes une paralysie de la sixième paire gauche.

Obs. XX. — Mathias (4 janvier 1848) portait, depuis six semaines, à l'œil gauche, une paralysie partielle de la troisième paire (blépharoplégie) et une

(1) J'ai entendu Auguste Bérard relater, à sa clinique, l'histoire d'une jeune mariée qui fut atteinte, la première nuit de ses noces, d'une paralysie du nerf facial, pour avoir couché dans un lit placé près d'un mur dont les plâtres étaient récents.

(2) *Annales d'Oculistique ;* t. XXII, pp. 3 et 49.

affection de même nature à la sixième (strabisme interne ; diplopie). Il en attribua la cause à ce qu'il avait travaillé dans une écurie, exposé à l'humidité et à des courants d'air.

Dans quelques cas, toutefois, une influence rhumatismale bien constatée donne lieu à des anesthésies offrant le type congestif et contre-indiquant l'emploi des stimulants.

Obs. XXI. — Le 28 décembre 1847, Mme Champfert, rhumatisante, nous dit que s'étant exposée, il y avait quinze jours, à un courant d'air, elle se réveilla le lendemain, ne pouvant ouvrir l'œil gauche. La blépharoplégie avait un peu diminué depuis lors ; entraîné dans une abduction permanente, le bulbe ne roulait ni en haut, ni en bas, ni en dedans ; il n'y avait pas de mydriase. Une saignée du bras, pratiquée par le docteur Masson, avait amené un grand soulagement, quant à la céphalalgie qui tourmentait la malade. Nous dûmes insister sur les antiphlogistiques.

J'ai rencontré l'amaurose dans le cortége des accidents tertiaires de la syphilis ; trois de mes malades durent leur rétablissement à la triple association de l'iodure de potassium, de la tisane de Feltz et des pilules de per-chlorure d'or et de sodium, médication qui m'a paru héroïque dans les cas de ce genre. J'ai vu très-rarement les paralysies des 3e et 6e paires cérébrales liées à la présence d'une infection vénérienne. Les docteurs Laurent (1) et Badin d'Hurtebise en ont relaté des exemples. Les mercuriaux furent employés avec succès chez un maître-maréchal, traité par le docteur Ébrard, et qui portait deux tumeurs lacrymales, une double amaurose et une blépharoplégie, à droite (2) ; des exostoses régnaient sur le coronal et sur la face interne des tibias ; des chancres avaient existé, il y avait 7 ans, autour du gland, et le sujet ne s'était jamais soumis à un traitement spécifique.

« Madame..., dit Guérin (de Lyon) (3), s'était imprudemment servie d'une « pommade pour dessécher une dartre ; la pommade n'eut que trop l'effet « qu'elle en attendait ; la dartre disparut. A cette époque, madame ... fut atta- « quée d'un strabisme ; rien ne fut plus effrayant pour elle : les objets lui pa- « raissaient doubles, et un de ses yeux était tourné d'un côté, l'autre de l'autre. « Un simple emplâtre vésicant, appliqué sur le lieu qu'occupait la dartre, y « rappela l'humeur, que je prévoyais s'être portée sur l'un des muscles des yeux, « et le strabisme disparut. »

Je ne me souviens pas d'avoir jamais observé un pareil phénomène. Une seule fois, chez une demoiselle Sophie, qui vint à ma consultation publique, en janvier 1848, la naissance d'une my-

(1) *Annales d'Oculistique*. Tome 1, pag. 253.
(2) *Gazette médicale* et *Répertoire du progrès médical* (mars 1844).
(3) Guérin. *Maladies des yeux*. Lyon, 1769 ; pag. 411.

driase au globe droit coïncida avec la disparition d'une dartre, placée derrière l'oreille correspondante, et qui avait suinté une année. J'ai constaté, au contraire, des amauroses qui avaient pour point de départ la cessation d'irritations cutanées, aiguës ou chroniques ; j'en ai même publié un fait qui m'a paru digne de quelque intérêt (1); Beer a vu vingt-cinq fois la goutte sereine engendrée par le desséchement de vieux ulcères aux jambes (2).

Obs. XXII. — Le 27 février 1849, Fell me consulta pour une paralysie de la troisième paire droite, datant de quatre mois. Il y avait strabisme divergent et mydriase, sans ptosis ; l'affection était survenue brusquement, comme un coup de foudre, suivant l'expression du malade. Cet homme avait été atteint, il y avait deux années, d'une colique des peintres, qui avait exigé une médication de huit mois ; comme il ne mania plus le blanc de céruse après le traitement, et qu'il semblait guéri de la lésion qui en avait nécessité l'emploi, je ne me crus pas suffisamment fondé à penser que telle était la source de la paralysie.

Les purgations énergiques paraissent avoir eu un bon résultat chez un malade de M. Guépin, affecté de mydriase après avoir travaillé dans une fabrique de blanc de plomb (3). Les anesthésies saturnines des nerfs dont il est question dans ce mémoire semblent, d'ailleurs, fort rares.

Notons un fait cité par le docteur Canstatt, fait unique dans les fastes de la science : celui d'un jeune homme qui, s'étant confiné dans un cabinet, où il épiait une femme en tête-à-tête avec son amoureux, fut contraint de loucher très-fortement en dehors, de l'œil droit, pendant longtemps. Cette excentricité eut pour conséquences l'impossibilité de diriger le globe droit en dedans, la diplopie et la mydriase.

Le traitement des paralysies des troisième et sixième paires cérébrales découle des considérations qui viennent d'être émises. Tantôt antiphlogistiques (émissions sanguines, réfrigérants, pédiluves, sinapismes, purgatifs, mercuriaux, etc.); tantôt stimulants (strychnine, extrait alcoolique de noix vomique, vératrine, électricité, etc.); il réclame, dans quelques circonstances, l'intervention d'agents antidyscrasiques.

(1) Amaurose avec cécité complète, produite par la brusque suppression de poux à la tête. Rétablissement de la vue par des frictions stibiées sur le cuir chevelu et la reconstitution de la phthiriase (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXX). Cette observation a été reproduite dans l'*Encyclographie médicale*, t. VIII, et dans les *Annales d'Oculistique*, t. XV.

(2) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten ;* Vienne, 1817, t. II, p. 560.

(3) *Annales d'Oculistique*, t. XV, p. 68.

A la blépharoplégie, au strabisme paralytique et à la mydriase sont applicables certains moyens spéciaux, sur lesquels j'appellerai quelques instants l'attention du lecteur.

Le meilleur remède contre la blépharoplégie consiste, d'après Jüngken, dans un emplâtre fortement stibié, qu'on colle sur la région du sourcil, préalablement rasée.

Les frictions avec l'huile de croton ont été recommandées par le docteur Campanella ; j'ai vu M. Carron du Villards en retirer des avantages.

Notons les inoculations de sulfate de strychnine, suivant le procédé de M. Lafargue, inoculations tentées une fois avec succès par le docteur Martin (de Niort)(1).

Dans une circonstance où toutes les ressources s'étaient montrées stériles, Ware se décida à découvrir le muscle élévateur, et à y porter un bouton de feu, ce qui paraît avoir réussi.

Le professeur Boyer conseillait les fumigations avec le gaz acide sulfureux ; il avait été amené à cette médication par le hasard. Je l'ai entendu relater, à sa clinique, l'histoire d'un malade qu'il avait infructueusement traité, et qui, après avoir quitté l'hôpital, cherchant, un soir, son flambeau, dans l'obscurité, mit à sa bouche, en guise de cigare, une allumette incandescente. La paupière se releva bientôt après ; la vapeur sulfureuse, à laquelle Boyer attribua ce résultat, et dont il prescrivit la continuation, acheva la cure.

L'expédient dont j'ai retiré le plus d'avantages est la pommade ammoniacale, préparée suivant la formule de M. Gondret, et que j'applique non-seulement sur la région du sourcil, qui correspond à l'organe paralysé, mais encore sur la paupière elle-même. Je me sers, à cet effet, d'une petite pièce de linge, ou, ce qui vaut mieux, d'un morceau d'amadou, dont la face tomenteuse et molle reçoit la pommade, tandis que la partie croûteuse s'oppose à l'évaporation de l'alcali. Des inconvénients, qu'il est aisé de prévoir, commandent que cette application soit faite avec les précautions les plus minutieuses. Elle doit être réitérée plusieurs fois.

Dans les strabismes paralytiques, sans signes de congestion céphalique, quand les excitants sont indiqués, je ne saurais assez recommander un moyen imaginé par Dieffenbach : je veux parler de la cautérisation de la conjonctive scléroticale, avec un crayon de pierre infernale, sur le trajet du muscle paralysé, dans la région

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. XXXV, p. 512.

du droit externe, si le sujet louche en dedans; dans celle du droit interne, s'il louche en dehors. C'est au strabisme divergent que ce procédé est surtout applicable. Nous avons dit que l'adducteur était, dans cette occurrence, paralysé fort souvent, ou dans un état atonique voisin de la paralysie; le caustique, alors, amène non-seulement un raccourcissement dans la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, mais imprime encore au muscle affaibli une stimulation salutaire. Je crois avoir été le premier qui, dans l'espèce, ait appliqué cette cautérisation en France; ce fut en 1846, chez un traiteur du nom de Delille, atteint d'une paralysie de la troisième paire gauche. Je prie le lecteur de recourir au travail que j'ai publié, sur ce sujet, dans le tome XXII, p. 186, de ces *Annales*.

On n'oubliera pas, dans la médication de la mydriase, les sternutatoires, la poudre surtout de seigle ergoté, que notre confrère et ami, le docteur Compérat, a préconisée dans ces derniers temps. Déjà les docteurs Florent Cunier, Guépin, Auguste Bérard, et, avant eux, Kochanowski, de Varsovie (1), y avaient eu recours dans des circonstances analogues, mais à l'intérieur. Nul doute que la voie olfactive ne soit préférable pour son administration; en agissant sur les ramifications du nerf nasal, on porte plus directement la stimulation au ganglion ophthalmique, qui reçoit un filet de cette branche nerveuse. C'est par le même mécanisme que nous avons fréquemment obtenu la dilatation de la pupille, en introduisant dans la narine de l'extrait de belladone. M. Compérat nous a dit qu'il se servait, dans le principe, de l'ergot de seigle uni au sucre candi; il l'a employé pur, depuis lors; quelques prises lui ont parfois suffi pour amener la contraction pupillaire. Cette assertion est corroborée par une observation récente de Mac Evers, qui, chez un homme affligé depuis trois semaines d'une mydriase unioculaire, reconstitua, dans l'espace de deux jours, les dimensions et la mobilité normales de la pupille.

J'ai vu le procédé de M. Serre (d'Alais) animer les contractions languissantes de l'iris; dans bien des cas, malheureusement, la mydriase n'en éprouva pas un effet durable. Cet expédient, toutefois, auquel Lisfranc ajoutait un grand prix, est l'un des plus précieux contre la mydriase; son auteur insiste sur la nécessité d'effectuer la cautérisation sur le point le plus voisin du cercle ciliaire: plus le stimulus est porté près de l'organe malade, plus on a de chances d'obtenir le résultat d'innervation que l'on désire.

(1) *Annales d'Oculistique*, tome I, p. 58.

« M. Serre a reconnu, disait Demours dans un rapport adressé à l'Académie de médecine (1), que ce moyen était un excitant plus puissant et plus utile que tous ceux qu'on a employés jusqu'ici; les commissaires de l'Académie citent trois observations de guérison qui leur sont propres. La durée de l'application du nitrate d'argent doit être d'une seconde ; il est bon que l'irritation soit portée au point d'exciter du larmoiement, et soit suivie d'une légère injection des vaisseaux de la conjonctive ; le nuage léger qui paraît sur la cornée dure rarement au delà de quelques jours. Ce moyen, du reste impuissant contre l'amaurose, ne peut être utile que dans les paralysies idiopathiques de l'iris par une affection des nerfs ciliaires ou des autres filets des troisième et cinquième paires encéphaliques. »

Les données anatomiques et physiologiques sont en harmonie avec les manifestations nosologiques, dans les conditions morbides qui ont fait l'objet de ce travail. Il en est de même de la cinquième paire, dont les fonctions sont si bien définies, depuis les beaux travaux de Charles Bell et de M. Magendie. Nous en dirons autant de la portion dure de la septième paire, qui donne le mouvement à l'orbiculaire des paupières; d'où il suit que, dans l'anesthésie du nerf facial, l'œil reste ouvert (*lagophthalmos paralytique*), par suite de la rupture de l'antagonisme musculaire : persistance de l'énergie de l'élévateur, d'un côté ; inertie du sphincter palpébral, de l'autre.

En ce qui concerne la paralysie de la quatrième paire, qui, isolée, paraît assez rare, nous croyons que, pour que la question symptomatologique qui s'y rattache soit jugée sainement et en toute connaissance de cause, il faudrait, au préalable, qu'on fût d'accord sur le jeu du grand oblique, auquel le pathétique se distribue. Or, à cet égard, nous ne rencontrons dans les auteurs que vague et contradictions. Ce muscle porte la pupille en bas et en dehors, d'après Charles Bell et M. Bonnet (de Lyon), opinion qui nous paraît la plus admissible ; il l'entraîne en bas et en dedans, suivant Adelon, H. Cloquet, Rosas, etc. ; il la conduit en dedans et en haut, d'après Dieffenbach et Philipps, sentiment qu'émettait, il y a plus d'un siècle, Maître-Jan, sans parler d'autres hypothèses que nous avons énoncées ailleurs (2). Nous pensons donc que l'abaissement de la cornée, la diplopie et l'abolition des mouvements de rotation du bulbe sur son axe antéro-postérieur, caractères attribués par quelques auteurs à la paralysie de la quatrième paire cérébrale, demandent encore à être élucidés par de nouvelles recherches.

(1) *Archives générales de médecine*, t. XVII, année 1828.

(2) Ch. Deval. *Chirurgie oculaire*. Paris, 1844. Un vol. in-8° avec planches.

NOTE SUR UN FAIT QUI S'EST PRÉSENTÉ DANS LE SERVICE OPHTHALMOLOGIQUE DE L'HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS, PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1849;

par le docteur **GOUZÉE**,

Médecin principal de la garnison d'Anvers, etc. (*).

Le chiffre des malades reçus à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le deuxième semestre de 1849 a été de 1,383 ; sur ce nombre 69 étaient porteurs d'affections ophthalmiques.

Le service des maladies des yeux n'a fourni qu'un seul fait qu'il soit utile de mentionner.

Obs. — Un soldat du 9e de ligne, bien constitué, affecté de granulations palpébrales, avait subi, au quartier, le 25 octobre, l'application de l'acétate de plomb solide.

Le 30, on trouva les paupières de l'œil droit énormément œdématiées. A son entrée à l'hôpital, le matin même, la paupière supérieure avait le volume d'un œuf de pigeon. La douleur était modérée; un écoulement séro-sanguinolent se faisait jour à travers l'écartement des paupières. — Une saignée, un purgatif, des applications d'eau froide, puis d'eau de Goulard, sur l'œil malade, des bains de pied sinapisés, furent mis en usage. Au bout de quatre jours, le gonflement était presque entièrement dissipé; mais la cornée, terne dès le principe, était alors profondément ramollie dans sa moitié inférieure, et l'iris ne tarda pas à faire hernie à travers une large perforation de cette membrane. L'organe était perdu sans ressource.

La tuméfaction œdémateuse des paupières n'est pas rare après l'application de l'acétate de plomb sur les muqueuses palpébrales granulées, et il est remarquable que, quoique cette application soit suivie à l'instant même d'une douleur très-vive, le gonflement ne se développe que plusieurs jours après l'application du médicament; mais je ne sache pas qu'aucun accident aussi grave que celui que je viens de signaler en soit fréquemment la conséquence.

Un autre accident que ce malade a présenté après l'emploi du sel de Saturne, c'est un développement du repli oculo-palpébral supérieur, qui formait vers l'angle externe, après l'affaissement des paupières, une masse charnue grosse comme une olive, masse qu'il a fallu réprimer plus tard à l'aide du nitrate d'argent. C'est la deuxième fois que j'observe ce fait dans les mêmes circonstances.

(*) Extrait d'un rapport adressé à M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée sur les malades observés pendant le deuxième semestre de 1849.

Les renseignements qui nous sont parvenus ont malheureusement confirmé nos prévisions.

L'ophthalmie, qui ne régnait d'abord que dans le seul régiment des Grenadiers de la Reine, s'est déclarée dans les autres corps de la garnison de Lisbonne ; le 2e bataillon de chasseurs, entre autres, a fourni un nombre assez considérable d'ophthalmiques. Le fléau s'est également manifesté parmi les soldats du 3e régiment d'infanterie, en garnison à Vianna, province de Minho ; M. le docteur Reis, chirurgien-major du 8e bataillon de chasseurs, a été envoyé sur les lieux pour soigner les malades.

Nous n'avons pas encore appris que le gouvernement portugais ait arrêté des mesures complètes. Tout paraît s'être borné jusqu'ici, d'une part, à la création de deux hôpitaux spéciaux, l'un à Lisbonne même, à la *Cruz dos quatros caminhos*, pour la garnison de Lisbonne ; le second à Belem, pour les troupes qui occupent cette résidence royale, et d'autre part, à prescrire le traitement des granulés dans les casernes, où ils sont logés dans des locaux distincts.

Pendant que le mal étend ses racines dans diverses directions, les médecins discutent longuement, et parfois très-chaudement, sur sa nature et les moyens d'en faire cesser le règne ! !... C'est malheureusement ainsi que les choses se sont passées pendant trop longtemps parmi nous. Dieu veuille que les Portugais s'inspirent au plus tôt de notre triste et désastreux exemple ! Dieu veuille que, laissant de côté les discussions académiques, ils concentrent leurs efforts pour engager le département de la guerre à mettre en usage, sans plus de retard, les mesures enseignées par l'expérience des autres pays désolés par le fléau qui vient de fondre sur le Portugal !

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Revue médicale française et étrangère.

Recherches sur l'existence de la cataracte noire et sur son diagnostic différentiel ; par le docteur J.-E. PÉTREQUIN. — La note de M. Beauclair, insérée dans notre dernière livraison (pp. 130-137), nous dispense d'analyser le mémoire du chirurgien en chef de

l'Hôtel-Dieu de Lyon ; nous nous bornerons à faire connaître à nos lecteurs les trois faits de *cataracte noire* qui s'y trouvent consignés.

Obs. I. — Femme de 66 ans, dont la vue s'est affaiblie depuis plusieurs années, sans cause connue; jamais de maux de tête. — L'œil gauche a commencé à se troubler il y a douze à treize ans ; depuis six ans l'état de la cécité est stationnaire ; perception du jour et des nuances de la lumière très-altérée.—Il y a une cataracte noire capsulo-lenticulaire; *le fond de l'œil ne laisse pas voir, à travers la pupille, le reflet chatoyant qu'on y distingue quand les milieux sont diaphanes; au lieu d'être d'un noir brillant ou velouté, comme dans l'état naturel, l'ouverture pupillaire était d'un noir mat et sale qui ne réfléchissait pas la lumière vers l'œil de l'observateur.* — L'intelligence bornée de la malade ne permit pas de savoir si elle y voyait mieux le matin ou le soir qu'au milieu du jour, et sous quelle couleur les objets lui avaient successivement apparu. — *L'aspect de l'œil et ses mouvements étaient ceux des cataractés ; pupille régulière, mobile.*—La cataracte n'était pas d'un noir d'encre; mais vue à la loupe, elle paraissait *comme un corps sombre et opaque qu'on aurait recouvert de suie,* ou mieux encore qu'on aurait fait macérer dans une solution de suie de cheminée. En outre, on parvenait à distinguer un segment de la capsule, assez considérable, sous la forme d'un triangle, dont le sommet aboutissait au centre de la pupille, segment opaque, parsemé de stries noirâtres et distinct du reste de la cataracte par le relief léger qu'ils formait de profil. — Examinées de côté, on reconnaissait que ces stries étaient trop rapprochées de la cornée pour avoir leur siége dans le corps vitré, et *a fortiori* sur la rétine; on entrevoyait même de côté une convexité à l'opacité; mais on ne voyait pas sur elle d'ombre portée par l'iris. — Enfin, *l'expérience des images ne put produire que la première d'entre elles.* — Extraction. — La cataracte était *noire,* d'une *teinte terne, volumineuse, dure, enveloppée de sa capsule également opaque et noirâtre,* comme si le système cristallinien avait été plongé dans une solution étendue d'encre de Chine. — La pièce est conservée dans l'alcool ; aujourd'hui, après deux ans de séjour dans ce liquide, la teinte noire a fait place à une couleur brun noirâtre; la cataracte est ratatinée, moins volumineuse et moins opaque que dans le principe. — Il n'est pas fait mention du degré de vision récupéré par l'opérée. — L'état de l'œil droit n'est pas décrit.

Obs. II. — Femme dont l'âge n'est pas donné. Cataracte noire de l'œil droit; la capsule ne paraissait pas prise. Le mal était moins ancien, la teinte brune plus uniforme; la pupille ne laissait pas voir dans le fond de l'œil *le noir vif qu'on y distingue d'ordinaire ;* elle était d'ailleurs régulière et mobile ; *regard naturel et non émoussé comme dans l'amaurose.* — Une convexité pouvait être reconnue à cette opacité noirâtre qui, vue de profil, de manière à tasser pour ainsi dire l'aire de sa surface, prenait une couleur moins foncée et plus grisâtre, sans qu'on pût trouver aucun point opaque sur la cristalloïde, tant à l'œil nu qu'à la loupe. L'opacité noire était plus homogène que dans l'œil gauche et la perte de la vue moins avancée; elle distinguait le jour et les nuances de lumière. *L'expérience de la bougie donna naissance à deux images.* Le diagnostic de cette cataracte ne pouvait, dit M. Pétrequin, *laisser*

aucun doute. « Elle ne fut point opérée : la malade demanda que l'opération eût lieu sur l'œil qui y voyait le moins (donc sur le gauche), ce qui fut accordé. »

Il n'est pas dit à quel procédé opératoire on eut recours. Les suites furent d'abord très-belles : *l'opérée voyait;* mais au bout de quelques jours, comme elle était très-indocile, il survint un staphylôme de l'iris. On réussit à réduire peu à peu le staphylôme, à rendre la pupille libre; mais la malade s'étant découverte la nuit, et ayant voulu essayer son œil malgré la défense de M. Pétrequin, il en résulta une inflammation opiniâtre qui compromit le succès de l'opération, déforma l'iris et fit perdre sa transparence à une partie de la cornée. « Rien ne put vaincre l'indocilité de cette femme, qui paraissait tomber de jour en jour dans l'enfance ou idiotie sénile, et quand elle sortit de l'hôpital, la vue n'était d'ailleurs pas encore dans un état satisfaisant. » — La nature des accidents qui se sont produits (procidence de l'iris) doit faire supposer que c'est par extraction que la malade a été opérée; mais il n'est fait aucune mention de l'aspect du cristallin extrait.

La troisième observation est, si nous ne nous trompons, relative au malade dont M. Beauclair a parlé dans sa note; nous ne la mentionnerons pas moins avec tous les détails fournis par M. Pétrequin.

Obs. III. — Homme de 60 ans, emballeur, entré à l'hôpital pour une double cataracte qui l'empêchait complétement de continuer son état. — « A droite, » la cataracte est lenticulaire, grisâtre, avec un noyau ambré, demi-molle, vo» lumineuse; elle est confirmée depuis six mois, et la vue se trouve plus trou» blée qu'à gauche, où la maladie est cependant beaucoup plus ancienne. — En » effet, à gauche, la cataracte remonte à huit ans; elle est noire; toutefois le » cristallin n'en est pas si parfaitement noir, qu'à la loupe on ne puisse y dis» tinguer, en y mettant beaucoup d'attention, quelques nuances différentes : » le centre est plus foncé que la périphérie; la pupille est mobile et régulière, » l'aspect de l'œil, d'ailleurs naturel, et le regard assez vif, ce qui n'a pas lieu » dans l'amaurose. L'opacité n'est pas très-profonde, et paraît, vue de profil, » être au niveau de la pupille; en examinant attentivement, on peut, en se pla» çant de côté, lui reconnaître une certaine convexité, mais sans ombre portée » de l'iris. La teinte de la cataracte est analogue à celle de la suie de cheminée, » c'est-à-dire d'un noir terne; elle est assez homogène, mais cependant quel» ques points isolés paraissent plus opaques, surtout au centre, ce qui faisait » croire que la cristalloïde était altérée. Et, en effet, en la regardant de » profil, de manière à tasser l'aire de sa surface sur une même ligne, comme il » a été indiqué ci-dessus, elle passait à une nuance plus roussâtre et même » grisâtre. L'expérience de la bougie donnait naissance à deux images, dont la » seconde, d'ailleurs assez confuse, disparaissait en plusieurs endroits. Le dia» gnostic de M. Pétrequin se trouvait ainsi confirmé. Un grand nombre de mé» decins à qui l'auteur montra ce malade conclurent avec lui qu'il ne restait » aucun doute sur l'existence d'une cataracte noire. Ce qui était digne de » remarque, c'est que la vue de cet œil était moins affaiblie qu'à droite, c'était » cet œil qui servait au malade à se conduire; il distinguait les formes des » objets et leur couleur; il prétendait même que depuis 4 ou 5 mois la vue

» était un peu améliorée de ce côté et qu'elle était moins trouble que dans les » premières années de la maladie. Du reste, il voyait mieux certains jours et à » certains moments de la journée, sans qu'il ait pu rien préciser à cet égard. La » cataracte paraissait dure, mais moins volumineuse que celle de l'observation I.»

« Ces trois observations nouvelles, ajoute M. Pétrequin, nous » semblent d'un grand intérêt pour l'étude de la symptomatologie » et pour l'établissement du diagnostic différentiel, ce qui est de » la dernière importance. » — Nous dirons franchement à notre savant confrère de Lyon qu'il se fait illusion. On ne manquera pas de trouver assez peu probantes ses observations II et III; quelques détails importants semblent avoir été omis dans la relation que nous avons trouvée dans son mémoire.

L'Union médicale.

Nouveau signe pour reconnaître certaines déformations de la cornée; par M. LAUGIER. — Nous reproduisons textuellement la note du professeur de Paris :

« Chacun connaît, dit M. Laugier, le parti que la chirurgie tire, pour le diagnostic de la cataracte, des images de la flamme d'une bougie présentée à l'œil malade. De ces trois images, celle qui est produite par la cornée n'a aucun rapport avec la cataracte, et elle ne sert jusqu'ici qu'à déterminer la position des images profondes produites par la capsule cristalline. Elle a cependant une utilité pratique d'une certaine valeur dans le diagnostic des ulcérations de la cornée elle-même, qu'il semble si simple de reconnaître sans auxiliaire, en raison de la position superficielle de cette membrane. Un assez grand nombre de ces ulcérations sont petites, superficielles, et ne sont accompagnées d'aucune opacité, même après leur cicatrisation ; mais elles déforment la cornée, lui ôtent cette convexité en vertu de laquelle la première image droite est produite. Si on examine l'œil ainsi affecté à la lumière du jour, on trouve la cornée transparente, on ne voit pas les facettes qui résultent d'ulcérations cicatrisées ; on cherche alors vainement dans les chambres antérieure et postérieure la raison d'un trouble permanent de la vision, trouble qui résulte d'un défaut de convexité de la cornée vis-à-vis et dans le voisinage de la pupille. A l'aide de la flamme de la bougie, rien n'est plus facile que de constater les moindres déformations dans la convexité de la cornée ; l'aplatissement le moins étendu, la plus petite facette sont révélés par la diffusion de la lumière présentée à l'œil. Partout où la cornée a conservé sa convexité, fût-elle même opaque dans ses couches profondes, une image nette de la bougie est formée. La plus petite facette, transparente même, étale l'image, la rend sphéroïdale ou circulaire, si la facette est elle-même arrondie ; irrégulière ou diffuse, si elle a une forme irrégulière.

« Il y a plus de cinq mois que ce fait intéressant de diagnostic est démontré dans nos salles de maladies des yeux, à la Pitié. Un grand nombre d'élèves et de médecins l'ont plusieurs fois constaté d'après la remarque que j'ai faite. »

M. Laugier termine en faisant remarquer que le mode de diagnostic qu'il signale n'a pas été, qu'il sache, décrit jusqu'à ce jour ; mais il est tout disposé à reconnaître toute priorité remontant au delà du terme assigné dans sa note. — Le professeur de Paris paraît ne pas connaître le travail de M. Hairion (*De l'épreuve des images dans le diagnostic de quelques maladies de la cornée*), inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. XVIII, p. 71); il se fût, sans cela, cru obligé de le citer, pour montrer que ses recherches diffèrent de celles de notre compatriote.

Gazette des Hôpitaux.

Du traitement des lésions mécaniques des yeux et des ophthalmies chroniques par l'occlusion palpébrale; par M. Hip. Larrey. — M. L., qui paraît avoir le premier fait connaître (1845) ce mode de traitement que nous avons mentionné déjà (*Annales d'Oculistique*, vol. XX, p. 188), a substitué au monocle l'emploi du collodion, selon le conseil de M. Hairion. Les observations que M. L. a recueillies au Gros-Caillou « sont assez multipliées pour qu'il n'hésite » pas à recommander un usage plus général de cette méthode dans » la thérapeutique oculaire. » — M. Caffe s'est très-bien trouvé, dans des lésions traumatiques avec hernie de l'iris, de l'occlusion combinée avec la compression.

Abeille médicale.

Collodion employé dans le traitement de quelques maladies oculaires; par M. Ch. Deval. — L'auteur a expérimenté la méthode de l'occlusion palpébrale à l'aide du collodion, telle qu'elle a été décrite dans ces *Annales* (vol. XXI) par M. Hairion ; il s'en est bien trouvé dans la kératite due à des granulations palpébrales, dans une hernie naissante de l'iris, etc. Il recommande ce moyen de tenir les paupières fermées après l'extraction de la cataracte.

Taches métalliques des cornées disparues sans opération chirurgicale; par M. Ch. Deval. — Tout le monde connaît aujourd'hui la fréquence des incrustations métalliques décrites par M. Cunier et survenant à la suite de l'emploi de certains collyres métalliques mal formulés ou mal préparés. En général, il faut en pratiquer l'ablation à l'aide d'une rugine. Dans le cas rapporté par M. Duval, il existait de nombreux points crétacés, d'un blanc mat, les uns isolés, les autres réunis en groupe ; ces points étaient évidemment

dus à l'usage que l'on faisait, actuellement encore, d'un collyre au sous-acétate de plomb. Une pommade au précipité rouge, au camphre et à la tutie, fut prescrite. La malade fut revue dix mois plus tard; les incrustations avaient disparu. — M. Deval regarde cette cure comme exceptionnelle ; nous ne sommes pas du même avis. Les faits de guérison de taches métalliques sont en effet loin d'être rares. On voit fréquemment de larges dépôts plombiques, récemment fixés dans les cornées, disparaître spontanément ou sous l'influence de l'application des pommades ; nous avons vu maintes fois, à la clinique de M. Cunier, les bons effets presque instantanés que l'on peut retirer, en pareille occurrence, de l'emploi du collyre à la teinture d'iode.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Paralysie de la paupière supérieure guérie par les inoculations de strychnine; par M. SAINT-MARTIN, de Niort. — Ce fait de guérison d'une paralysie incomplète de la troisième paire ne présente rien de particulier que le mode, cru nouveau par l'auteur, d'administration endermique de la strychnine. Nous devons rappeler que la méthode à laquelle vient de recourir M. de Saint-Martin a été employée, il y a plus de six ans, par un chirurgien hollandais, M. Verlegh, de Breda. (Voir dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1843, une *Observation d'amaurose traitée et guérie par l'inoculation du sulfate de strychnine*, analysée dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XI, p. 46, janvier 1844.)

Revue thérapeutique du Midi.

Tentative de guérison de la cataracte sans opération; par le docteur ALQUIÉ. — Il y a quelques années, le docteur Pugliatti, de Messine, ayant cherché à remettre en usage la méthode si peu suivie de M. Gondret, assurait que sous l'influence de la cautérisation ammoniacale, aidée de l'usage intérieur de l'iodure de potassium, il avait vu, chez de nombreux malades, le cristallin opaque se ramollir, s'éclaircir et se dissoudre. Désirant s'assurer de la réalité de ces faits, M. Alquié a cherché d'abord, par une série d'expériences sur le cadavre et sur des animaux, à étudier l'action que pourraient avoir sur le cristallin des substances très-actives, telles que des acides concentrés, appliquées d'une manière immédiate, c'est-à-dire sur les paupières, sans toucher au globe oculaire. Il a obtenu

par ce moyen de véritables cataractes artificielles, sans que les tissus intermédiaires entre les paupières et le cristallin aient jamais été altérés.

Établissant ainsi, par ce premier ordre de faits, l'influence à distance sur le cristallin des caustiques placés autour des paupières ou sur les paupières elles-mêmes, il en a conclu à la possibilité d'agir en sens inverse par des procédés analogues.

Restait à vérifier le fait sur l'homme vivant. Voici le résultat qu'il a obtenu dans la première circonstance qui s'est offerte. En y mettant un peu de *bonne volonté*, le lecteur pourra y voir, avec M. Alquié, un fait de guérison de la cataracte sans opération.

Obs. — Un homme âgé de 56 ans, issu d'un père atteint d'une cataracte, sentait depuis quelques années sa vue s'affaiblir de plus en plus. En examinant ses yeux, M. Alquié constata une teinte d'un noir verdâtre placée derrière les pupilles mobiles, bordée d'un cercle foncé projeté par l'iris, sans douleur de tête, sans autre lésion dans la vision qu'une diminution notable de cette fonction. L'existence d'une double cataracte cristalline lui étant démontrée par ces seuls symptômes, M. Alquié commença son traitement par l'application de deux petits vésicatoires avec l'ammoniaque liquide, près de l'angle temporal de l'orbite, et renouvela plusieurs fois ce topique ; la suppuration fut entretenue à l'aide du taffetas Leperdriel. En même temps il ordonna l'usage d'un purgatif, deux fois par mois, avec les pilules d'Anderson, et associa plus tard à ces moyens, d'après l'indication du docteur Rau, de Berne, l'usage de pilules avec l'iode et des frictions mercurielles sur les paupières. Après deux mois de ce traitement, la vue était beaucoup plus nette, les champs pupillaires avaient recouvré en grande partie leur couleur normale. -*n*-

Journaux anglais.

London Journal of Medicine.

Accidents ayant nécessité l'extraction d'une canule engagée depuis neuf ans dans le canal nasal ; par M. White Cooper. — La malade, âgée de 61 ans, avait été opérée 9 années auparavant d'une fistule lacrymale ; on avait placé une canule en or dans le canal nasal. Pendant près de 6 ans tout alla au mieux ; mais après ce temps, la malade commença à éprouver de violentes douleurs dans le canal nasal ; un écoulement irritant s'établit par la narine ; un abcès se forma, s'ouvrit à l'extérieur et laissa une plaie fistuleuse. Un oculiste de Paris, qui explora la partie, crut que la canule avait disparu, et qu'il était survenu une nécrose de l'os ; des chirurgiens distingués de Londres furent du même avis. Lorsque la malade consulta M. White Cooper, l'ulcération de la région du sac avait

pris un aspect granuleux et déterminé une extroversion partielle de la paupière inférieure. Un stylet introduit par l'ouverture rencontra un corps dur, pris jusque-là pour l'os nécrosé ; mais le choc ne déterminant aucune douleur, M. W. C. en conclut que le corps dur était métallique, et probablement la canule. Il incisa sur l'orifice du canal, et en dilatant la plaie, il distingua le bord de la canule à une profondeur de plus de 4 lignes ; il saisit ce corps avec des pinces, et il eut besoin de toute sa force pour l'extraire. Des injections eurent lieu les jours suivants avec une solution astringente. Après quatre jours l'écoulement avait cessé ; la plaie externe se cicatrisa dans la quinzaine et l'extroversion palpébrale cessa (1).

Provincial medical and surgical Journal.

Sulfate de bébérine dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse ; par le docteur Llewellin. — Le sulfate de bébérine a été récemment vanté comme succédané du sulfate de quinine ; c'est à ce titre que l'auteur l'a essayé dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse. Il annonce en avoir retiré les meilleurs effets.

Absence congénitale du cristallin ; par Pichard. — Ce fait a été constaté sur un veau. Les deux yeux étaient petits, la cornée opaque, l'iris adhérent, la pupille reconnaissable, d'un côté seulement ; l'iris très-mince adhérait à la membrane hyaloïde ; le corps vitré, la rétine et la choroïde étaient sains. — Cet état anormal n'était-il pas le résultat d'une ophthalmie intra-utérine ?

Dublin medical Press.

Anatomie pathologique de l'arc sénile ; par M. Canton. — M. C. a présenté à la Société médicale de Westminster quelques coupes

(1) La *Gazette médicale de Paris*, qui nous parvient en ce moment, fait remarquer avec fondement que les faits analogues à celui cité par M. Cooper sont d'une fréquence telle, en France, qu'ils n'y sont plus remarqués ; cela se conçoit par l'application très-étendue que l'on y fait de la méthode de Dupuytren. Or, de cette fréquence on a conclu d'une manière générale contre le traitement par la canule. Cette sentence est au moins prématurée. Dupuytren a sans doute eu tort en produisant comme suffisamment probantes, une foule de guérisons toutes récentes ; mais ses critiques ont péché contre la logique, quand, frappés de quelques exemples de rechutes ou d'accidents, ils ont condamné la méthode. Ils ont accusé Dupuytren de n'avoir consulté que la quantité des faits sans tenir compte de leur qualité. Pour eux, au contraire, la qualité semblerait les avoir dispensés de la quantité. — La conséquence à tirer de ceci est que, jusqu'à production d'une statistique portant sur des cas complets, la question doit demeurer non résolue pour tout esprit qui connaît les légitimes exigences de la bonne méthode d'observation.

de la cornée d'une femme de 88 ans, grossies au microscope, à l'effet de prouver que l'arc sénile est le résultat d'une dégénérescence graisseuse de la cornée. B.

Nécrologie.

Nous avons reçu une nouvelle bien affligeante. Notre collaborateur, le docteur Ch. Canstatt, professeur à la Faculté de médecine de l'Université d'Erlangen (Bavière), a succombé le 10 mars aux suites de la maladie contre laquelle il luttait depuis longtemps. Né le 11 juillet 1807, Canstatt n'avait par conséquent pas atteint sa 43e année. — La médecine allemande fait en lui une perte bien sensible. Les regrets qu'excitera cette mort seront également bien vifs parmi les nombreux amis que Canstatt a laissés à Bruxelles, où il a séjourné pendant quelques années.

Chronique.

Bruxelles. — Le nombre des malades traités à l'Institut ophthalmique du Brabant depuis l'ouverture de cet établissement, 10 septembre 1849, jusqu'au 30 avril 1850, s'est élevé à 195. Sur ce nombre, 129 sont sortis guéris, 31 sensiblement améliorés, 5 non guéris; un enfant aveugle est mort à la suite de convulsions. 28 malades restaient en traitement le 30 avril.

Angers. — Notre estimable collaborateur, M. le docteur Mirault, médecin de l'hôpital d'Angers, a reçu des mains du Président de la République française, la croix de la Légion d'honneur, en récompense de son dévouement et de son zèle à servir les malheureuses victimes de la catastrophe du pont d'Angers.

Amsterdam. — Le docteur Bogeman vient de publier dans le journal *Nederlansch Lancet*, la relation d'une *ophthalmo-blennorrhée* qui a régné épidémiquement dans l'hospice de la Communion évangélique luthérienne, à Amsterdam. — Nous entretiendrons nos lecteurs de cette notice. — L'acétate de plomb employé selon la méthode de M. Buys a rendu de grands services à M. Bogeman. — La *Gazette des Hôpitaux* nous a récemment appris que cette méthode est mise en usage avec beaucoup de succès à l'hôpital militaire de Varsovie.

A nos abonnés français des départements et à nos abonnés espagnols.

Nous appelons l'attention de nos abonnés français des départements et de nos abonnés espagnols sur l'avis placé à la quatrième page de notre couverture. Les bons rapports que nous avons constamment entretenus avec ces estimables confrères nous sont un sûr garant de l'empressement qu'ils mettront à déférer à notre prière. Nous ne réclamons d'eux qu'un léger dérangement; leurs frais d'envoi tomberont, nous espérons que cela aura été compris, entièrement à notre charge.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXIII. — 4e série. Tome 5e. — 5e et 6e livraisons.

31 MAI ET 30 JUIN 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DU DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE LIÉGE, PENDANT L'ANNÉE 1849;

Par le docteur JULES ANSIAUX,

Professeur-agrégé à l'Université de Liége, professeur d'anatomie à l'Académie des Beaux-Arts, membre correspondant de la Société des sciences médicales de Lisbonne.

Jusqu'à ce jour je ne donnais pas de cours ; mes consultations étaient seulement fréquentées par des élèves qu'y appelait le désir de s'instruire et de se former à la pratique. Cette année, à la sollicitation de quelques jeunes gens studieux, je me suis déterminé à ouvrir un cours de clinique ophthalmique, et j'ai eu la douce satisfaction de me voir aidé dans la tâche que je me suis imposée, par un zèle qui ne s'est jamais ralenti. La plupart des observations qui sont consignées dans cette notice, qui contient la relation des faits curieux qui se sont présentés pendant le cours de cette année, sont le fait de leur travail. Depuis 1845, date de la publication de ma clinique par M. Guerreiro, la thérapeutique des maladies des yeux a subi de nombreuses modifications, dont j'ai cherché à reconnaître la valeur par ma propre expérience. Ce travail m'a permis, ou d'adopter ces méthodes, ou de les abandonner tout à fait. Je n'insisterai nullement sur les faits qui sont du domaine général de la chirurgie oculaire, je me bornerai à rapporter ceux-là seuls qui m'ont paru présenter quelques particularités intéressantes.

Un genre d'ophthalmie a pris un développement considérable parmi les habitants de notre province : c'est l'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse*. Il y a quelques années, cette maladie était à peine observée dans le civil, et les militaires seuls avaient le triste privilége d'en être atteints. Mais aujourd'hui, il n'en est malheureusement plus ainsi ; des familles entières sont la proie de ce fléau. Nous nous occuperons de cette maladie en traitant de l'ophthalmie catarrhale.

Le chiffre des ophthalmiques traités au dispensaire depuis la création de l'établissement est arrivé à 4,984, ce qui donne une augmentation de 3,291 depuis 1845 jusqu'à ce jour.

L'établissement a été fréquenté pendant le courant de l'année par 898 malades, 547 appartenant à la ville et 351 aux communes rurales de la province ; le nombre des aveugles a été de 33. Dans ces derniers ne sont pas comptés ceux qu'une maladie inflammatoire avait forcés de garder l'obscurité pendant un mois ou deux. Ces malades, se trouvant seulement obligés de fuir la lumière, ne peuvent être classés parmi ceux qui sont atteints de cécité, bien qu'ils soient considérés par le vulgaire comme privés de la vue.

Sur les 898 malades traités en 1849, ont été :

Radicalement guéris, 517 ; incurables, 28 ; n'ayant plus reparu, 196 ; améliorés, 46 ; renvoyé, 1 ; morts du choléra, 2. Il en restait en traitement au 31 décembre, 108.

Sexes. Masculin, 461. — Féminin, 437.

Domicile. Habitant la ville de Liége, 547 ; les communes rurales de la province de Liége, 331 ; la province de Limbourg, 25.

Age.

De la naissance à 7 ans. . . .	167	De 25 à 50 ans	266
De 7 à 15 ans.	174	De 50 à 70 »	92
De 15 à 25 »	193	Au delà de 70 »	6

Affections diverses qu'ont présentées ces 898 malades :

Maladies du globe de l'œil.

Kératites, 89	idiopathiques . .	52	O. herpétique.		1
	vasculaires. . .	30	Amblyopies		16
	suppuratives (*).	7	» par cause asthénique.		5
Ophthalmies catarrhales, 213 . . .	simples. . . .	113	Amauroses congestives. . . .		4
	blennorrhoïques.	6	» torpides.		7
	avec chémosis. .	4	Choroïdites.		7
	scrofuleuses . .	18	Irido-capsulites		2
	avec granulations	72	Cataractes, 28	spontanées. . .	24
Ophthalmies scrofuleuses, 224 .	simples. . . .	61		traumatiques . .	4
	avec photophobie.	20	Staphylômes de la cornée. . .		5
	avec kératite . .	143	Hydrophthalmie		1
O. des nouv.-nés, 8 .	simples. . . .	6	Taies.		14
	avec kératite . .	2	Leucomes		4
O. militaires,	simples	7	Ptérygion		1
Ophth. traumatiques, 32	simples. . . .	14	Pinguécula.		1
	avec kératite. .	18	Ecchymose conjonctivale. . . .		1
O. rhumatismales		4	Hypoéma		1
Ophth. varioleuses, 33	simples. . . .	9	Fongus médullaire de la rétine.		1
	avec kératite. .	24	Cancer de l'œil.		1
Iritis, 11 .	idiopathiques. .	4	Brides de l'œil.		1
	syphilitiques . .	5	Corps étrangers, 46	sur la cornée. .	40
	rhumatismale. .	1		sous les paupières	5
	traumatique . .	1		dans l'orbite . .	1

(*) Parmi elles ne sont point comprises les kératites varioliques et traumatiques avec suppuration.

Maladies des paupières.

Blépharites, 63	idiopathiques. . 16	Trichiasis	2
	scrofuleuses . . 45	Ectropions.	5
	ciliaires . . . 2	Verrues des paupières. . . .	2
Kystes des paupières.	7	Ecchymoses palpébrales. . . .	4
Orgeolet	1	Squirrhe des paupières. . . .	1
Phlegmons des paupières. . .	3	Œdème des paupières. . . .	1
Blessure des paupières. . . .	1	Hypertrophie des paupières. .	1

Maladies des voies lacrymales.

Fistules lacrymales.	3	Blennorrhées du sac lacrymal. .	11
Tumeur lacrymale	1	Épiphoras.	3

Maladies de l'orbite.

Névralgies circum-orbitaires. .	2	Strabismes.	7
Plaie des sourcils.	1	Incurables n'ayant subi aucune espèce de traitement. . . .	10
Carie de l'orbite.	1		

Opérations pratiquées dans le cours de l'année.

Cataractes, 28	monocles . . . 12	Blépharoplastie.	1
	doubles. . . . 16	Verrue des paupières. . . .	1
Opérations, 8	par abaissement. 2	Ectropions.	4
	par extraction. . 6	Fistules lacrymales	2
Pupilles artificielles.	2	Strabismes.	5
Pinguécula.	1	Extirpations du globe de l'œil. .	2
Staphylômes	4	Enfin d'autres opérations de peu d'importance qui ne sont point indiquées ici.	
Paracentèses de l'œil	3		
Tumeurs et kystes des paupières.	5		

Les kératites ont, comme par le passé, fourni le plus fort contingent ; leur nombre est de 276.

Les kératites idiopathiques ont été traitées par la méthode antiphlogistique.

Lorsqu'il existait un hypopion, ce qui est arrivé 16 fois, des vésicatoires volants, au pourtour de l'orbite, ont été mis en usage, 10 fois avec succès, 6 fois sans résultat favorable.

La paracentèse de l'œil a été pratiquée 3 fois dans le cas d'hypopion. Je ne me détermine à cette opération que quand la masse de pus qui remplit la chambre antérieure monte au-dessus de la pupille et en occupe environ les deux tiers, et lorsque le traitement est resté sans succès. Dans ce cas l'œil court les plus grands dangers et peut être considéré comme perdu.

Je sais que cette opération est loin d'avoir l'approbation de tous les oculistes ; il en est même qui la rejettent avec énergie. De ce nombre sont Scarpa, Velpeau, etc. ; d'autres, au contraire, et parmi eux figurent, en première ligne, MM. Mackenzie, Sichel, Wardrop, Desmarres, Cunier, préconisent cette opération et la pratiquent fréquemment.

Quant à moi, lorsqu'un œil atteint de kératite suppurative se trouve dans des conditions semblables à celles que je viens d'indiquer, je n'hésite pas à faire la ponction de la cornée et à délivrer ainsi le malade des douleurs atroces auxquelles il est en proie, en donnant issue au pus qui remplit la chambre antérieure. Si l'on n'a pas la chance de sauver l'œil, comme j'ai eu le bonheur de le faire quelquefois, au moins on a l'avantage de calmer les douleurs du malade et de conserver à l'organe sa forme ; considération très-importante, puisqu'on a évité au malade le désagrément d'être défiguré et qu'on rend d'ailleurs possible le port d'un œil artificiel.

J'emploie ordinairement la pointe d'un kératotome pour pratiquer cette ponction ; l'aiguille à cataracte, que l'on a conseillée, ne m'a pas procuré des avantages aussi marqués que le couteau, à cause de l'étroitesse de l'ouverture produite par l'aiguille et de l'épaisseur de la matière purulente dont il faut souvent faciliter la sortie, soit avec un stylet, soit avec une petite curette. L'incision doit être faite à un ou deux millimètres du bord de la cornée, dans une portion saine de cette membrane, et autant que possible à sa partie la plus déclive. Après la ponction, le malade éprouve un soulagement notable et récupère le sommeil dont il est souvent privé depuis plusieurs jours.

Le traitement local consécutif à l'opération consiste ordinairement en applications, sur l'œil malade, d'une infusion de belladone au moyen de compresses et d'instillations fréquentes de ce liquide entre les paupières. L'usage de cette infusion a pour but d'obtenir un effet mydriatique et calmant à la fois.

Les perforations de la cornée ont été au nombre de 30. Lorsque cette perforation était récente, les instillations d'une solution d'atropine et l'usage de la belladone à l'intérieur, accompagnés du décubitus dorsal, ont amené une dilatation assez rapide de la pupille, pour rompre son attache à la cornée et prévenir une synéchie antérieure. Quand les malades se présentaient trop tard et qu'il y avait hernie de l'iris, la belladone fut toujours employée, mais avec la cautérisation par le procédé indiqué par le docteur Desmarres, mode de cautérisation qui m'a procuré 6 succès sur 9 épreuves. Par cette méthode, un malade encore en traitement, le sieur George Doudou, porteur d'une hernie énorme de l'iris, a vu cette tumeur se réduire des deux tiers et la vision se rétablir dans cet œil qui n'apercevait plus que les gros objets, et encore d'une manière trop confuse pour pouvoir les reconnaître.

Dans le cas de kératite vasculaire, lorsqu'il n'y a point de granulations, la pommade suivante m'a procuré les plus brillants succès :

R. Deutoxydi hydrarg. gr. vj.
Op. puri gr. iv.
Axung. recentis ʒij.
Olei jecoris aselli. Q. S. ut f. ung. liquid.

Cette pommade est d'abord instillée dans l'œil du malade, deux fois par jour, puis trois et quatre fois. Son introduction entre les paupières est fort douloureuse dans la plupart des cas, mais bientôt l'œil s'habitue au contact du remède dont la dose est progressivement élevée, ainsi que le nombre d'instillations. Il s'est cependant présenté un cas dans lequel son application était tellement douloureuse et occasionnait une inflammation tellement forte qu'il fallut en suspendre l'usage.

L'observation suivante, recueillie par M. Jos. Reydams, démontre du reste son efficacité.

Obs. — Jean Henrotay, âgé de 25 ans, cultivateur, robuste, tempérament lymphatique-sanguin, santé antérieure bonne, était atteint d'une kératite vasculaire à l'œil droit, depuis dix mois. Voici quel était l'état de l'œil, le 1er mai 1849 : Des ramifications nombreuses de vaisseaux gros, flexueux, superficiels, partant du repli semi-lunaire de la caroncule lacrymale, pour aboutir aux bords de la cornée qu'ils franchissent vers son diamètre transversal, recouvrent le miroir de l'œil. Ces vaisseaux rampent sur trois petits pinguéculas situés près du bord interne de la cornée. Quelques-uns se prolongent jusqu'au centre de cette membrane en forme de pannus.

La partie externe du globe offre aussi de nombreux vaisseaux qui passent également sur la cornée et se réunissent à ceux de l'autre côté. Le tout est accompagné d'épanchements albumineux et de quelques ulcérations superficielles, ce qui donne à la cornée un aspect mat, terne, dépoli. La pupille est à peine visible, les cils sont collés en paquets par des mucosités qui proviennent de l'œil. Absence de granulations aux paupières. Céphalalgie sus-orbitaire, grande photophobie, douleurs dans l'œil, vision à peine sensible.

Traitement. — Pommade rouge ci-dessus indiquée, dans laquelle entrent huit grains de précipité rouge, qu'on introduit dans l'œil, trois fois par jour, à l'aide d'un pinceau.

Le 21 mai. Symptômes inflammatoires moins marqués. Diminution du nombre et du volume des vaisseaux. *Même traitement.*

Le 25 mai. Nouvelle diminution de l'injection et de l'intensité du pannus, surtout du côté externe. Le côté interne s'éclaircit, mais moins sensiblement; l'injection de la conjonctive sclératicale est aussi moins intense.

Le 28 mai. Amélioration nouvelle. *Même traitement.*

Le 27 juin. Mieux progressif jusqu'au 18, jour où l'on constate que la cornée a perdu en grande partie sa couleur terne; l'inflammation a diminué au point que le centre du miroir de l'œil commence à se dégager; quatre vaisseaux

restent à sa surface, la vision se rétablit de manière à permettre au malade de distinguer les numéros des cartes d'admission. Dose de précipité portée à dix grains.

Le 26 juin. Deux vaisseaux restent saillants encore à la partie interne de la cornée, dont le centre est devenu transparent; la vision s'améliore au point que le malade peut distinguer quelques lettres du caractère gros romain. A partir de cette époque la vision a continué à progresser, et Henrotay se trouvait complétement rétabli le 6 du mois d'août.

Je pourrais multiplier les faits de cette nature et citer de nombreux exemples de l'efficacité de ce mode de traitement, puisque 48 malades ont été soumis à l'action de ce médicament que j'ai souvent fait employer seul, jusqu'à la disparition complète des traces de la kératite.

J'ai employé cette pommade lorsqu'il y avait des granulations ; mais avec cette complication, que je nomme ainsi, quoiqu'elle soit souvent, le plus souvent même, la cause de la kératite vasculaire, je ne puis tirer d'inductions précises sur ses effets, parce que les granulations étaient combattues en même temps, soit par le sulfate de cuivre, soit par le nitrate d'argent ou l'acétate de plomb neutre.

Les praticiens prescrivent souvent l'huile de foie de morue seule en instillations dans les yeux ; mais la pommade dont la formule est donnée ci-dessus ayant procuré des résultats très-satisfaisants, tant au dispensaire que dans ma pratique civile, je m'en suis constamment servi. Cette formule se rapproche du reste beaucoup de celle de M. Cunier.

Ophthalmie catarrhale. — Le nombre des malades porteurs de cette affection s'est élevé à 213 : — 113 à l'état simple ; 6 blennorrhoïques, 4 avec chémosis, 18 avec complication scrofuleuse et 72 avec granulations.

Si l'on ajoute à ce nombre 7 ophthalmies militaires, on aura pour total le chiffre de 220. Je range parmi les ophthalmies catarrhales l'*ophthalmie militaire* ou *contagieuse*. Quoique cette maladie offre dans son essence un caractère spécial qui la fait classer à part, les symptômes qui lui appartiennent n'en sont pas moins ceux de l'ophthalmie catarrhale dans toutes ses périodes. Néanmoins je ne considère comme atteints d'ophthalmie militaire que les hommes ayant contracté cette maladie au service, ou à la suite du contact avec des individus qui en étaient atteints.

L'ophthalmie catarrhale avec granulations est elle-même conta-

gieuse, elle règne dans la classe bourgeoise, et je la vois souvent s'étendre à tous les membres d'une famille sans que nul d'entre eux ait eu des rapports avec des militaires.

Cette propagation du mal à une famille entière, je ne l'ai point seulement observée dans la classe inférieure, dont les habitudes sont de nature à faciliter le développement de toute maladie, mais aussi dans la classe aisée, où les règles de l'hygiène sont rigoureusement observées et les traitements prescrits exécutés avec ponctualité. J'ai vu cette ophthalmie suivre la même marche et ne point s'arrêter à une seule personne.

Pendant longtemps j'ai eu peu d'occasions de constater le caractère contagieux de l'ophthalmie dite granuleuse dans le civil, et, en général, je ne l'avais vue se propager que par le contact des militaires qui en étaient atteints. Mais depuis quelques années, et principalement depuis deux ans, j'ai pu me convaincre que notre province ne serait pas plus épargnée que les autres.

En 1849, surtout, l'ophthalmie contagieuse a pris de larges proportions à Liége, proportions d'autant plus redoutables que l'insouciance de la classe ouvrière pour ce qui regarde la santé, laisse souvent prendre à l'ophthalmie un caractère de chronicité qui apporte les plus graves désordres dans l'organe de la vision et ne permet plus au chirurgien de se rendre maître du mal qu'après de longs et pénibles efforts, qui, parfois, sont inutiles.

Je crois devoir attribuer, en partie, l'extension du mal à l'arrivée à Liége et dans les environs, depuis deux ans, de nombreux ouvriers venus des provinces flamandes pour travailler au canal latéral de la Meuse, de Liége à Maestricht. Un grand nombre de ces hommes souffraient de l'ophthalmie contagieuse ; c'est par ceux qui se sont confiés à mes soins que ce fait a été porté à ma connaissance.

Mais, comme toujours, ces malheureux venaient se faire traiter lorsqu'ils étaient à peu près aveugles et cessaient de se représenter à la consultation dès qu'une amélioration se manifestait dans leur état.

Je ne crois pas, comme l'a avancé un médecin, que l'introduction de la poussière de houille dans les yeux doive être considérée comme produisant des granulations ; si cette cause est pour quelque chose dans leur développement, elle ne peut être considérée que comme cause très-éloignée et infiniment secondaire, car les

houilleurs ne sont pas plus atteints de l'ophthalmie granuleuse que les autres personnes. C'est un fait que j'ai pu vérifier depuis quinze ans que je pratique à Liége la spécialité de l'ophthalmologie. En voici, d'ailleurs, une preuve assez concluante : Sur 4,984 malades reçus au dispensaire pendant huit années, il s'est trouvé 7 *houilleurs* atteints d'ophthalmie granuleuse, et sur les 72 granulés de cette année, il n'y en a pas eu un seul. J'ajouterai que depuis plusieurs années je suis attaché comme chirurgien à une houillère qui occupe environ 300 ouvriers, et que jamais un seul de ces hommes n'a réclamé mes soins pour une ophthalmie granuleuse.

Plusieurs médecins de houillères, que j'ai consultés sur cet objet, m'ont répondu n'en avoir observé que très-peu ou point, et M. Nicolas Ansiaux, professeur de clinique externe, et qui, depuis vingt-six ans, est attaché à l'hôpital de Bavière, en qualité de chirurgien, m'a affirmé n'avoir jamais rencontré dans son service des houilleurs atteints de granulations.

D'après ces faits, je pense qu'on ne doit point regarder la poussière de houille comme ayant une plus grande influence sur la production des granulations palpébrales que les autres corps étrangers soulevés par le vent et introduits dans les yeux. Il est facile de comprendre que si la poussière de houille était la cause principale de l'apparition des granulations palpébrales, ceux qui, par leurs travaux, sont tous les jours exposés à recevoir des débris de houille dans les yeux, devraient en être tous, ou le plus souvent atteints, tandis qu'au contraire ils semblent en être préservés. La simple observation de ces faits démontre que cette opinion n'est pas fondée, et, je le répète, *sept* houilleurs atteints de granulations sur le nombre de 5,000 ophthalmiques, ne sont pas, ce me semble, un chiffre assez important pour regarder la houille comme cause essentielle des granulations palpébrales.

Je m'abstiens d'entrer dans de plus amples détails, pour ce qui concerne les autres provinces, les Flandres par exemple, où l'on rencontre quantité de granuleux et où il n'existe pas de houillères.

J'avais toujours traité les ophthalmies granuleuses par la cautérisation avec le sulfate de cuivre ou la solution de nitrate d'argent, préférant cette méthode à l'application immédiate du sel lunaire en crayon.

Cette manière de traiter est beaucoup plus lente ; mais l'emploi du caustique en crayon a si souvent produit des effets déplorables que je le réservais pour des cas exceptionnels.

Mais, dans le courant de cette année, les succès qu'obtenait M. Cunier de l'emploi de l'acétate de plomb neutre, par la méthode de M. Buys, éveillèrent mon attention et me décidèrent à en faire incontinent l'essai. Lorsque le rapport de cet habile praticien sur l'emploi de la méthode du chirurgien de Bruges fut lu à l'Académie royale de médecine de Bruxelles, je comptais déjà des succès, et cette communication ne fit qu'accroître ma confiance dans le traitement des granulations par l'acétate de plomb.

J'avais, je dois le dire, éprouvé quelque hésitation dans le commencement, à cause des insuccès survenus entre les mains de ceux qui avaient fait autrefois une application incomplète de cette méthode. Mes essais du traitement de M. Buys furent très-encourageants; des malades dont les ophthalmies avaient une désespérante ténacité, furent promptement soulagés et plusieurs d'entre eux rapidement guéris.

Cependant tous les individus soumis à ce traitement n'ont pas eu la même chance favorable : il en est que je n'ai pu amener à des résultats aussi satisfaisants; mais, dans la grande majorité des cas, l'emploi de l'acétate de plomb neutre a produit des résultats inespérés. Les granulations ne sont pas les seules qui aient été traitées par cet astringent; des ophthalmies scrofuleuses rebelles, des blépharospasmes, des blépharites scrofuleuses chroniques, etc., etc. ont subi l'heureuse influence de l'excellente méthode de notre honorable confrère de Bruges.

Je me bornerai à citer quelques faits parmi les vingt-quatre malades traités au dispensaire par cette méthode ; ils suffiront pour prouver sa supériorité.

Quant à sa description, je crois inutile de la rappeler ici, et je renvoie au Rapport de M. Cunier à l'Académie de médecine, inséré dans les *Annales d'Oculistique*, année 1849, vol. XXI, page 229, et qui contient sur ce mode de traitement les indications les plus précises et les renseignements les plus complets.

Obs. I. — ***Kératite vasculaire datant de 11 mois. Cécité. Guérison.***—Le nommé Joset, Jacques, homme robuste, âgé de 60 ans, de la commune de Soumagne, était atteint d'une kératite vasculaire aux deux yeux, avec granulations aux quatre paupières ; cet homme, ancien militaire de l'Empire, avait ensuite servi dans la gendarmerie, et pendant tout le temps de son service il n'avait jamais été atteint d'ophthalmie contagieuse, lorsque, vers le milieu de l'année 1848, il contracta cette maladie dans un voyage qu'il fit en Allemagne, pour y exercer sa profession de maçon. Forcé d'abandonner son travail et de rentrer dans ses foyers, il communiqua l'ophthalmie à sa femme et à l'un de ses fils. Il

eut recours, vers cette époque, à un praticien qui reconnut la présence des granulations, et les cautérisa tous les deux jours avec le crayon de nitrate d'argent. Ce traitement ne produisit aucun résultat favorable ; la maladie fit, au contraire, des progrès nouveaux, et Joset devint complétement aveugle. C'est dans cette situation qu'il se présenta au dispensaire ophthalmique, le 18 juin 1849.

Les paupières étaient rouges, tuméfiées ; une sécrétion muqueuse abondante en baignait les bases ; les cornées étaient entièrement vasculaires ; des granulations énormes couvraient la face interne des quatre paupières ; l'œil était fortement injecté ; le malade ne distinguait plus, pour bien dire, que le jour de la nuit.

Traitement. — Saignée de quatorze onces. Le lendemain, purgatif drastique ; lotions avec une infusion de feuilles de roses rouges de Provins et pommade au précipité rouge pour appliquer sur le bord des paupières.

Le surlendemain, amélioration dans les symptômes inflammatoires. ***Première application de l'acétate de plomb neutre pulvérisé à l'œil droit.*** Les granulations de la paupière supérieure donnent un peu de sang lors de leur contact avec la poudre ; le malade dit éprouver une douleur, mais bien moins vive que celle qu'il ressentait lorsqu'il était soumis aux cautérisations avec le nitrate d'argent en crayon. Cette douleur persiste néanmoins jusqu'au lendemain.

Le 22, *application de sel de Saturne aux paupières gauches ;* pendant plusieurs jours le malade éprouve du bien-être, la sécrétion devient moins abondante et la photophobie moindre. Pendant les huit jours qui séparèrent la première de la seconde application de la poudre d'acétate de plomb cristallisé à l'œil droit, Joset fit usage de la pommade avec l'huile de foie de morue en instillations trois fois par jour et prit à l'intérieur le nitrate de potasse, à la dose d'un gros et demi à deux gros : dans les vingt-quatre heures les granulations étaient déjà déprimées.

Le huitième jour, les incrustations étant en partie enlevées, surtout aux paupières supérieures, je procède à une nouvelle application de l'acétate de plomb à la paupière supérieure droite seule, l'inférieure ayant encore sa face muqueuse chargée de ce sel. Cette opération est toujours douloureuse ; elle est suivie trois jours après d'une deuxième application à l'œil gauche, paupière supérieure.

L'acétate de plomb ne fut plus employé avant le 16 juillet ; à cette époque, un grand changement commence à s'opérer ; la vision revient, le malade peut distinguer les gros objets, mais il ne lui est pas encore possible de reconnaître les traits des personnes qui sont près de lui ; les sclérotiques ne sont plus recouvertes que d'une légère injection : la cornée droite est encore sillonnée par quelques vaisseaux, et l'on aperçoit la pupille qui se détraque sous l'impression de la lumière. — A l'œil gauche, les progrès de la vision sont moins sensibles, parce qu'il existe une large opacité centrale ; les granulations sont encore plus aplaties, elles sont déprimées les unes contre les autres, comme si une pression forte et uniforme les eût refoulées, à l'instar d'une pièce métallique inégale, passée dans un laminoir. — La poudre saturnine est de nouveau appliquée sans provoquer d'efflorescence sanguine de la surface granuleuse.

Le 1er août, le mieux est plus notable encore. Joset distingue plus nettement les objets ; la cornée droite est encore plus éclaircie ; il en est de même de la gauche, dont l'opacité a moins d'étendue. Les granulations sont déprimées au point de présenter l'aspect d'une membrane à la surface interne des paupières supérieures. Les inférieures n'offrent qu'une teinte blanchâtre uniforme. Sécrétion muqueuse presque nulle; nouvelle cautérisation aux paupières supérieures et continuation de l'emploi de la pommade à l'huile de foie de morue.

Vers le milieu du mois, Joset fut repris d'une nouvelle inflammation avec forte injection ; la vision fut de nouveau altérée et il fallut recourir à de nouvelles émissions sanguines et aux dérivatifs ; une saignée fut faite et des sangsues posées aux tempes et surtout du côté droit, qui était plus malade que le gauche ; le nitrate de potasse fut derechef prescrit à la même dose qu'au début du traitement. Les accidents inflammatoires apaisés, le caustique de Vienne fut appliqué à la nuque sur une large surface ; *les granulations ne redevinrent saillantes* pendant ni après cette rechute, qui a duré dix jours environ.

Les yeux revinrent bientôt à la situation où ils se trouvaient avant la rechute ; de nouvelles applications plombiques furent encore faites sur la surface granuleuse ; le malade y fut soumis huit fois en tout.

La cornée droite reprit peu à peu sa transparence. La taie qui siégeait au centre de la gauche avait diminué d'étendue et ses granulations avaient disparu entièrement ; il ne restait à leur place qu'une surface blanche, lisse et uniforme sur toute la face interne des paupières supérieures (1), lorsque, le 31 août, Joset sortit du dispensaire pour retourner chez lui.

Depuis cette date, la vision a toujours progressé, et c'est lui qui a servi de guide à sa femme, devenue aveugle comme lui, par suite de la même maladie, lorsque celle-ci s'est présentée à la consultation pour y être traitée par la méthode de M. Buys.

Chez cette femme, le traitement n'a pas marché avec la même rapidité vers une solution favorable; les applications de poudre saturnine ont dû être répétées tous les huit jours, et les granulations saignaient à chaque application, mais, cependant, le mal a cédé au remède, et l'épouse Joset peut se conduire seule en ce moment.

Obs. II.—*Blépharospasme. Kératite existant depuis deux ans. Applications plombiques. Guérison.* — Marie Jeanne Lacovée, âgée de 46 ans, demeurant rue du Méry, inscrite sous le n° 4654, souffrait depuis deux ans d'une inflammation de l'œil droit, pour laquelle elle avait vainement essayé plusieurs traitements. L'œil était en proie à une photophobie telle, qu'il était presque impossible d'écarter les paupières pour examiner l'état du globe. Après avoir vaincu cette résistance, que cette femme nous aidait de son côté à surmonter, il fut possible de reconnaître qu'une ulcération siégeait à la partie supérieure de la cornée. Les conjonctives palpébrales étaient très-boursouflées, mais exemptes de granulations. La conjonctive oculaire ne portait que de

(1) Ces incrustations étaient encore, au mois de mars 1850, dans le même état qu'en septembre 1849.

légères traces d'inflammation. Considérant que tous les traitements essayés jusqu'alors n'avaient produit aucun résultat avantageux, je me décidai à pratiquer de suite l'application de la poudre d'acétate de plomb. Cette première épreuve eut lieu le 27 du mois d'août aux deux paupières; à la supérieure elle présenta des difficultés, parce que son bord libre avait été entièrement coupé par l'effet d'une chute que la malade avait faite, pendant son enfance, sur l'angle d'une pierre.

Elle fut douloureuse et la malade souffrit beaucoup de cette application pendant près de trente-six heures; mais passé ce laps de temps, il y avait possibilité pour elle d'entr'ouvrir les paupières et de supporter un demi-jour.

Cette amélioration continua à s'accroître jusqu'au 5 septembre. Une seconde application qui fut alors faite aux deux paupières fut moins douloureuse que la première, et la photophobie diminua rapidement jusqu'au 10 septembre, jour de la troisième et dernière cautérisation. Avant d'y soumettre la malade, nous pûmes constater la disparition de la photophobie, car l'œil était largement ouvert; tout le boursouflement de la conjonctive palpébrale inférieure avait disparu et cette membrane conservait encore des incrustations de sel plombique. A la paupière supérieure, il restait un peu de boursouflement conjonctival, et c'est sur cette paupière seule que fut portée la poudre astringente.

Il restait un ulcère de la cornée à traiter; la pommade à l'huile de foie de morue fut donnée à la malade comme moyen curatif; mais la guérison de cet ulcère se fit longtemps attendre; il n'était pas encore entièrement cicatrisé au 31 décembre.

Obs. III. — Chrétien Driexen, laboureur, domicilié à Mellen (Limbourg), se présenta au dispensaire le 3 décembre pour y être traité d'une kératite vasculaire de l'œil droit, dont il souffrait depuis seize mois.

L'œil gauche avait aussi été malade, mais il ne restait plus qu'une taie assez étendue et peu épaisse sur la cornée; à l'œil droit, toute la partie supérieure de cette membrane était opaque et sillonnée de vaisseaux nombreux; des granulations recouvraient la face palpébrale interne, elles étaient assez fortes et disséminées; il n'y en avait pas à la paupière inférieure. Une cautérisation fut pratiquée à l'instant. Le malade, auquel on avait dit de se représenter dans la huitaine, ne revint que le 21. A cette époque, une amélioration considérable s'était manifestée dans son état. L'œil droit était largement ouvert; les vaisseaux kératiques avaient presque tous disparu, l'opacité qui les accompagnait avait aussi diminué : les granulations étaient aplaties; le malade se trouvait dans un état si satisfaisant, qu'il se considérait comme guéri.

Une nouvelle cautérisation eut lieu. Le 7 janvier 1850, Driexen se représente à la consultation, n'ayant plus sur la cornée droite qu'une légère opacité; tous les vaisseaux ont entièrement disparu, les granulations sont effacées; le malade continue à instiller dans l'œil la pommade à l'huile de foie de morue qui lui avait été prescrite lors de sa première visite. Aujourd'hui, il est guéri.

Obs. IV. — Un enfant de quinze jours, appartenant au sieur Bernard, armurier, demeurant rue du Mouton-Blanc, fut présenté au dispensaire le 24 août, pour y être traité d'une ophthalmie des nouveau-nés, dont il était atteint depuis dix jours. Les deux yeux étaient malades, le droit moins fortement que le gau-

che qui sécrétait une grande quantité de muco-pus ; il n'y avait point de kératite. La poudre d'acétate de plomb fut appliquée sur la face interne des deux paupières gauches après que l'œil eut été bien détergé. Cette application fut bien supportée par le petit malade, et le surlendemain les incrustations étaient enlevées ; il y avait une grande diminution de l'écoulement de l'œil. Une seconde application du sel de Saturne fut faite le 26, et depuis cette époque la sécrétion muco-purulente a disparu presque entièrement. Au bout de huit jours, l'enfant était guéri. On n'a point employé ce traitement pour l'œil droit, parce que sa situation n'était pas assez grave pour recourir à ce remède actif et qu'un simple collyre d'un grain de sulfate de cuivre pour une once d'eau a suffi pour le guérir rapidement.

Obs. V. — Libert Joseph était atteint, depuis trois mois, d'une blépharite scrofuleuse aux deux yeux, avec alopécie. Cette maladie ne s'était point bornée aux bords des paupières, mais avait encore envahi les conjonctives palpébrales ; la conjonctive oculaire même n'avait pas été préservée : une sécrétion muqueuse très-abondante agglutinait les paupières le matin et recouvrait leurs bords de croûtes nombreuses pendant la journée. Il existait en même temps de la photophobie ; les cornées étaient saines. Une application de la poudre d'acétate de plomb, faite le 24 décembre à l'œil gauche et le 26 à l'œil droit, suffit pour arrêter la photophobie et supprimer la sécrétion muqueuse. Une pommade avec le deutoxyde de mercure sert à achever le traitement de cette blépharite qui promet d'être bientôt guérie complétement.

Obs. VI. — *Kératite vasculaire aux deux yeux, suite de l'ophthalmie militaire. — Cécité. — Applications plombiques. — Guérison.* — Joseph Kayeux, inscrit sous le n° 4714, sortait des rangs de l'armée lorsqu'il me fut adressé le 28 septembre par M. le docteur Mottart. Depuis cinq semaines cet homme était aveugle. Les yeux étaient dans l'état suivant : Pannus vasculaire recouvrant les deux cornées sur toute leur surface ; conjonctive oculaire fortement injectée, granulations considérables aux quatre paupières, sécrétion muqueuse et lacrymale abondante.

L'acétate de plomb est appliqué à l'œil gauche aux deux paupières.

Le 1er octobre, application du sel de Saturne aux deux paupières droites ; sous l'influence de l'acétate de plomb, un mieux notable s'est montré à l'œil gauche ; les vaisseaux de la cornée ont diminué de nombre et de volume.

Le 5, un changement plus notable encore s'est montré : la cornée gauche est considérablement éclaircie, toute sa partie inférieure est dégagée ; le malade peut suivre la personne *qui marche devant lui*. L'œil droit s'est sensiblement amélioré.

Le 10 octobre, nouvelle application de l'acétate de plomb aux quatre paupières ; l'œil droit a beaucoup regagné.

Le 22, le malade pouvait venir seul au dispensaire. Les incrustations existaient encore ; une nouvelle application fut seulement faite le 29. Tout marchait pour le mieux et la guérison semblait prochaine, lorsque les mauvais temps survinrent. Kayeux, dont l'habitation est située à une distance d'environ deux lieues de Liége, ne vint plus régulièrement à la consultation et perdit en peu de temps une partie de ce qu'il avait gagné par le traitement auquel il avait été soumis. Mais heureusement, M. le Ministre de la Justice voulut bien lui ac-

corder un secours pour se faire traiter au dispensaire : il y a été interné le 29 janvier 1850, et depuis qu'il est soumis à un traitement régulier, il fait des progrès considérables vers la guérison ; il peut aller et venir seul, et dans peu il sera renvoyé dans sa famille.

Je pourrais ajouter de nombreux exemples à ceux que je viens de citer ; mais je pense qu'ils suffiront pour démontrer l'utilité et l'excellence de la méthode. Je n'ai point cherché des observations hors de la clinique du dispensaire ophthalmique, quoique ma clientèle civile fournisse de nombreux exemples des bienfaits de cette heureuse invention de notre confrère Buys, mais ce serait sortir du cadre que je me suis tracé. Je dois cependant rappeler que l'acétate de plomb n'a point produit d'incrustations sur les cornées ulcérées, à l'exception d'une seule malade, la veuve Henfion, qui conserva sur la cornée gauche deux incrustations après l'emploi du sel plombique pour réprimer les granulations qu'elle portait aux quatre paupières. Cette seule exception à la règle générale ne doit point arrêter le médecin, et j'exprimerai le désir de voir les praticiens adopter ce traitement des granulations, dès qu'ils en auront l'occasion. Les malades, sachant qu'on ne *les brûle plus*, s'y prêtent avec moins de répugnance ; les guérisons seront nombreuses, j'ose le dire, et notre honorable confrère de Bruges aura la satisfaction d'avoir rendu un véritable service au pays, en dotant la science d'une méthode si utile pour le traitement d'une maladie qui exerce depuis tant d'années ses ravages en Belgique.

Ophthalmie gonorrhoïque. — Cette ophthalmie vient naturellement prendre rang auprès de l'ophthalmie *catarrhale blennorrhoïque;* elle n'en diffère que par l'écoulement urétral qui l'accompagne, lequel, transporté aux yeux, y développe l'ophthalmie violente dont il importe d'arrêter promptement les effets désastreux. Je crois utile de citer à ce propos deux faits recueillis par les soins de M. Buttgenbach, dans lesquels la méthode ectrotique ou abortive a été mise en usage.

Obs. I.—Le 4 décembre 1848, le sieur Joseph Lambinon, mécanicien, domicilié à Ans, fut envoyé au dispensaire par un praticien, pour être traité d'une ophthalmie gonorrhoïque de l'œil droit, dont le début remontait à 15 jours : déjà, ce confrère avait saigné le malade et prescrit un traitement contre la blennorrhagie qui accompagnait l'ophthalmie et qui avait précédé l'inflammation oculaire.

A l'examen de l'œil malade, on trouva un chémosis très-prononcé ; un écoulement assez fort de muco-pus et un ulcère à la partie supérieure de la cornée faisaient naître la crainte d'une perforation de cette membrane, car cet ulcère

était étendu et profond. On lui prescrit des frictions avec l'onguent napolitain sur le front et la tempe, et un collyre composé de quatre grains de nitrate d'argent par once d'eau distillée, et par jour neuf des pilules suivantes :

R. Bals. copaiv. ℥ β.
Gummi Kino, gr. xxx.
Pulv. piper. cubeb. q. s.
Fiant pilul. n° XC.

M. Jules Ansiaux se réservant de pratiquer, d'après le mode de traitement qu'il a l'habitude de suivre, les cautérisations avec le nitrate d'argent sur toute la surface chémosiée.

Le 6, point de changement dans l'état de l'œil ; l'aspect de l'ulcère devient de plus en plus inquiétant, une perforation est imminente. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ; emploi d'une infusion de belladone afin d'obtenir une dilatation très-forte de la pupille et d'éviter par cette mydriase artificielle que l'iris ne vienne s'engager dans la perforation de la cornée, si cet accident se produit, comme on a tout lieu de le craindre.

Le 8, malgré la belladone, une hernie de l'iris s'est produite ; le chémosis a presque disparu. Cautérisation sur la sclérotique à trois lignes de l'ouverture de la cornée, d'après le procédé indiqué par M. Desmarres.

Le 11, cette cautérisation n'a produit aucun effet, la hernie semble au contraire augmenter de volume. Continuation du même traitement.

Le 13, la hernie offre une plus forte saillie. Nouvelle cautérisation ; atropine pour obtenir un plus fort effet mydriatique. L'écoulement urétral est considérablement diminué. Continuation des pilules.

Depuis cette époque, le malade ne s'est plus présenté à la consultation. J'ignore donc ce qu'il est devenu ; mais il est à craindre qu'il ne se soit mis entre les mains des empiriques et des charlatans, comme cela ne se voit que trop malheureusement parmi les populations de la campagne.

Obs. II. — Henri Jos. Pitte, âgé de 21 ans, cordonnier, demeurant faubourg Vivegnis, vint à la consultation du dispensaire le 18 décembre 1848, pour y être traité d'une ophthalmie gonorrhoïque dont il souffrait depuis quatre jours ; cette maladie avait atteint les deux yeux et commencé par l'œil droit qui était le plus malade. Il existait un chémosis très-prononcé, à l'œil droit surtout, où la cornée disparaissait presque entièrement dans le bourrelet formé par le soulèvement inflammatoire de la conjonctive. Une sécrétion muqueuse assez abondante accompagnait cet état inflammatoire avec lequel coexistait un écoulement de l'urètre. Le premier soin fut de promener le crayon de nitrate d'argent sur toute la surface chémosiée, et puis au moyen d'injections d'eau froide, on chercha à calmer l'acuité des douleurs occasionnées par cette cautérisation : un purgatif drastique fut prescrit pour le lendemain.

Le 20. Il y avait du mieux ; le chémosis avait diminué, mais il se formait un petit ulcère central à la cornée droite. Nouvelle cautérisation.

Le 22. Diminution nouvelle des symptômes inflammatoires ; mais l'ulcère semble plus profond, une perforation de la cornée est imminente. Nouvelle cautérisation.

Le 25. Perforation de la cornée par le fond de l'ulcère central ; adhérence du bord pupillaire de l'iris ; emploi de l'atropine. Nouvelle cautérisation.

Le 27. Pupille dilatée par l'atropine ; synéchie antérieure rompue, chémosis

presque entièrement dissipé; continuation de l'atropine. Collyre de nitrate d'argent, gr. iv par ℥j.

Le 3 janvier 1849. Chémosis disparaissant entièrement aux deux yeux; à l'œil gauche l'ulcère commence à se cicatriser, car la sécrétion de l'humeur aqueuse et sa conservation dans la chambre antérieure indiquent que le pertuis qui lui livrait passage à l'extérieur est fermé; la pupille est toujours dilatée.

Le 5. Sclérotique blanche à l'œil droit; le gauche ne laisse plus voir que quelques vaisseaux dans la conjonctive; la cicatrisation de l'ulcère se fait avec rapidité.

Tout marche bien jusqu'au 15, qu'il se développe un peu d'inflammation qui est combattue par une application de douze ventouses à la nuque et entre les épaules.

Le 17. Mieux sensible; l'ulcération ne présente plus qu'une facette. Continuation des pilules prescrites contre l'écoulement urétral qui est presque tari. Instillation du laudanum liq. de Sydenh. deux fois par jour dans l'œil gauche.

Février. — L'écoulement s'arrête; il ne reste plus qu'une taie sur la cornée gauche. Collyre de sulfate de cadmium, continué jusqu'au mois d'avril, temps vers lequel la guérison a été complète.

D'après les deux observations qui précèdent et dont le résultat a été bien différent, on peut voir que dans une maladie qui marche avec une aussi désolante rapidité que l'ophthalmie gonorrhoïque, il est bon de ne pas s'arrêter à des demi-moyens. La violence de l'inflammation a bientôt produit les désastres les plus graves et déterminé les effets les plus désastreux, car il est bien rare que l'inflammation s'arrête à la conjonctive qui est son siége primitif. La cornée est bientôt envahie. Les abcès, le ramollissement de cette membrane, etc., amènent promptement la perte de l'œil, ou laissent à leur suite des lésions tellement graves de la vision qu'elle peut à peine servir aux malheureux auxquels on a pu épargner l'atrophie de l'œil.

Cette manière d'agir, en promenant le crayon de nitrate sur la surface chémosiée du globe de l'œil, peut paraître un moyen violent, dangereux même, à beaucoup de praticiens qui craignent les effets funestes de l'emploi de ce caustique; mais dans une maladie dont les caractères inflammatoires violents sont si nettement tranchés, il n'y a pas à hésiter entre l'inaction et un remède violent par lui-même. Du reste, qu'ils se rassurent; les exemples de guérison obtenus par la méthode ectrotique sont très-nombreux, et ces deux faits ne contribuent que pour une bien faible part à augmenter le nombre des observations de ces maladies traitées avec succès par la méthode abortive, et je crois pouvoir avancer que si le sieur Lambinon eût été traité d'emblée par cette méthode, il eût été plus

heureux et n'eût point éprouvé l'accident auquel il a été exposé et qui aura sans nul doute entraîné la perte de l'œil.

Ophthalmie scrofuleuse. — Dans l'ophthalmie scrofuleuse, le traitement suivi a toujours été celui mis en usage les années précédentes : des collyres astringents, principalement avec le nitrate d'argent. Des frictions avec l'onguent napolitain ont été prescrites dans le cas d'ophthalmie scrofuleuse avec injection simple, type de cette affection, et ont suffi. Mais lorsqu'il y avait photophobie, j'ai donné la potion avec l'extrait alcoolique de ciguë dont je me sers depuis plus de douze ans et qui se prend à la dose de vingt gouttes, quatre fois par jour, dose que l'on augmente progressivement d'une goutte tous les jours à chaque fois. Ce moyen, dont l'efficacité est incontestable et qui produit des effets si prompts puisqu'il suffit souvent de l'espace de deux à trois jours pour faire cesser ou du moins diminuer notablement une photophobie existant depuis longtemps, a été employé vingt fois dans le courant de cette année, dix-huit fois avec succès, deux fois infructueusement.

Cette préparation réussit quand il y a kératite, tout aussi bien que quand la photophobie existe sans cette complication. Seulement, j'ai remarqué quelquefois que, dans ce cas, la difficulté qu'éprouvait le malade à supporter la lumière se dissipait plus lentement. (Voir *Annales d'Oculistique*, avril 1846.) Depuis quelques années, je joins à l'usage interne de la ciguë le collyre suivant, en lotions et en instillations dans les yeux :

R. Cyanuret. hydr. gr. β.
Aq. dist. ℥ij.
Aq. lauro-cer. ℈j.

Ce collyre aide beaucoup à faire disparaître la photophobie.

La conéine est quelquefois employée lorsque l'on a à traiter des enfants indociles qui se refusent à prendre les médicaments d'une saveur désagréable ; cette potion que l'on donne à la dose de sept gouttes, trois fois par jour, est ainsi formulée :

R. Aq. dist. ℥j.
Coniinii gtt ij.
Alcoolis ℈j.

Je m'abstiens de citer ici tous les médicaments antiscrofuleux dont je fais usage en raison des individus. Je me borne à rappeler l'utilité de l'extrait alcoolique de grande ciguë dans l'ophthalmie scrofuleuse avec photophobie.

L'hydrochlorate de baryte, dont on a vanté les effets puissants

contre la photophobie, ne m'a pas donné de résultats satisfaisants.

Ophthalmie varioleuse. — La variole qui, cette année, a régné avec une grande intensité dans la ville et dans beaucoup de localités de la province de Liége, a non-seulement enlevé quantité de victimes, mais a encore produit de nombreuses ophthalmies.

Parmi les individus atteints d'ophthalmie varioleuse qui se sont présentés au dispensaire, 8 étaient frappés de cécité incurable ; les pustules qui s'étaient développées sur les cornées avaient amené la perforation de ces membranes et la sortie des humeurs de l'œil ; 2 sont restés borgnes. 20 autres avaient des ulcérations sur le miroir de l'œil, et parmi eux plusieurs conservèrent des leucomes indélébiles qui nuisent plus ou moins à la vision.

Il est à remarquer que cette ophthalmie s'est déclarée chez presque tous les malades après la période de desquamation. Faut-il donc la considérer, avec M. Mackenzie et d'autres auteurs, comme une ophthalmie varioleuse secondaire? ou faut-il croire que la turgescence des paupières, qui cache le globe de l'œil et le dérobe au contact de l'air, empêche les pustules de se développer sur cet organe, en même temps qu'à la surface du corps, et retarde ainsi l'apparition de l'ophthalmie ?

Cette dernière opinion a bien quelque valeur, car l'expérience a démontré que dans la variole les emplâtres mercuriels ou autres, que l'on applique sur la face, empêchent les pustules qui s'y manifestent d'acquérir un développement aussi considérable que celles qui siégent sur les autres parties du corps, qui ne sont point à l'abri du contact de l'air ; aussi, c'est ce que je pourrais admettre pour certains cas ; mais dans la plupart des ophthalmies varioleuses, et je l'ai signalé à l'attention de mes élèves, la desquamation commençait ou avait eu lieu, et les traces seules de la variole existaient encore. Il est donc permis de conclure, d'après ces faits, qu'il existe une ophthalmie varioleuse secondaire, dépendant probablement d'un reste de virus ou d'action morbide qui se localise tardivement sur les tissus de l'œil.

Un point est encore douteux : se développe-t-il des pustules sur la conjonctive oculaire ? Certains auteurs n'admettent point l'existence des pustules varioliques sur cette membrane.

M. Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, page 194, est de ce nombre. L'épidémie qui désole en ce moment notre ville permettra de lever tous les doutes sur cette question. J'ai constaté la présence

de ces pustules sur les conjonctives et les cornées. Déjà, en 1835, j'avais vérifié le même fait sur un nègre faisant partie d'une troupe équestre, en représentation à Liége, qui fut atteint de la variole et en mourut. D'ailleurs, je ne suis pas le seul qui ait pu faire cette observation ; les élèves qui fréquentent ma clinique ont vu comme moi, et le fait a été aussi constaté à l'hôpital civil, dans le service des professeurs Lombard et Franquinet, où de nombreux varioleux ont été reçus cette année.

Quant au traitement, il est assez difficile et souvent même impossible de faire usage de la méthode ectrotique si justement vantée par M. Serres, car les malades ne se présentent à la consultation du dispensaire qu'après l'évolution complète de l'ophthalmie, et souvent trop tard. Les pustules développées sur les cornées désorganisent cette membrane avec une telle rapidité, que maintes fois dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures, j'ai vu la perforation survenir et l'œil perdu sans ressource.

C'est ce qui est arrivé à l'enfant Jacques Dresse, inscrit sous le numéro 4803. Chez ce petit malheureux, la desquamation commençait à s'opérer lorsque le docteur Mottart, qui lui donnait des soins, s'apercevant, le 5 octobre, qu'une pustule se développait sur la cornée droite, recommanda expressément aux parents de me confier l'enfant, que je ne pus, toutefois, voir que le lendemain. Déjà la cornée était perforée à son centre, et malgré le traitement le plus actif et le mieux combiné, il me fut impossible de sauver cet œil, qui est perdu sans ressource.

Pareille chose est arrivée à l'œil gauche ; mais, plus heureux cette fois, j'ai pu le préserver d'une destruction totale et j'ai l'espoir de le conserver (1). On peut juger par l'exemple que j'ai cité que le traitement ne saurait être trop actif, et dans une position aussi grave, le praticien ne doit point s'arrêter à des demi-moyens ; aussi n'hésité-je pas, malgré l'état de faiblesse de certains malades, de prescrire de fortes applications de sangsues à la tempe, en y ajoutant la saignée générale pour les adultes, le calomel à dose altérante et les onctions avec l'onguent napolitain sur le front et sur les tempes, jusqu'au ptyalisme, enfin l'infusion de belladone, comme mydriatique, afin de prévenir la synéchie antérieure dans le cas où la perforation de la cornée viendrait à s'opérer.

Lorsqu'il y a kératite sans accidents inflammatoires intenses, le

(1) Il faudra pratiquer une pupille artificielle.

traitement de l'ophthalmie varioleuse se réduit à celui d'une kératite simple ; il en est de même s'il n'existe qu'une blépharite. Enfin, pour les malades porteurs de pustules sur les conjonctives, j'ai prescrit une solution de nitrate d'argent, ne jugeant pas nécessaire d'utiliser la méthode ectrotique, puisque aucune partie importante de l'organe visuel ne se trouvait menacée.

Ophthalmie traumatique. — Sur les trente-deux malades de cette catégorie, il en est beaucoup qui n'ont offert aucun intérêt pratique ; je ne cite que les faits qui m'ont paru mériter quelque attention.

Obs. I. — *Ophthalmie traumatique. — Hypoéma. — Guérison.* — Joseph Leclerq, ouvrier armurier, tombant au milieu d'un monceau d'armes, se fit plusieurs blessures à diverses parties du corps et une, entre autres, à l'œil droit, qui fut atteint par la pointe d'une baïonnette. L'organe avait été frappé vers la partie supérieure et externe de l'orbite, où se remarquait encore une plaie contuse au-dessus de l'angle externe de la paupière et sur le bord orbitaire du zygomatique. La pointe de la baïonnette avait pénétré dans l'orbite ; mais comme huit jours s'étaient écoulés déjà depuis l'accident, lorsque le malade vint à la consultation, il fut impossible de connaître la profondeur à laquelle l'arme avait pénétré.

Le globe de l'œil était très-enflammé ; un hypoëma remplissait la chambre antérieure et cachait la pupille.

Le malade était en proie à une céphalalgie violente, et, jusqu'à ce jour, aucun traitement qui méritât ce nom n'avait été suivi. Une saignée de dix onces, jointe à une application de douze sangsues à la tempe droite, commença le traitement. Un collyre, composé d'une infusion de belladone laudanisée et des onctions mercurielles sur le front et la tempe, furent ajoutés aux émissions sanguines.

Le 15, un mieux sensible se manifeste : les douleurs de tête sont apaisées, l'injection oculaire diminuée ; l'hypoëma ne présente point encore de changement.

Vésicatoires volants au pourtour de l'orbite, calomel à dose altérante, un sixième de grain de deux en deux heures.

Le 17, résorption de l'hypoëma. Il commence à se manifester un peu de vision ; deux vésicatoires ont été appliqués sur le front contre les sourcils. Continuation du même traitement.

Le 24, on distingue la pupille, mais il reste encore du sang à la partie inférieure.

Le 28, le sang est entièrement résorbé ; mais l'iris conserve encore une teinte rougeâtre, ainsi que le feuillet capsulaire antérieur, teinte qui a persisté durant plus de six semaines.

La vision s'est rétablie peu à peu, mais cependant elle est toujours restée très-faible. Le traitement local qui fut mis en usage après la résorption de l'hypoëma ne fut composé que d'instillations de laudanum de Rousseau. Depuis le mois de janvier 1850, il se forme une opacité dans la lentille droite et une cataracte lenticulaire ne tardera pas à être complète.

Dans le traitement de l'épanchement sanguin dans la chambre antérieure, il n'y a qu'une chose qui mérite attention : c'est l'emploi du vésicatoire volant autour de l'orbite. Ce moyen curatif, que j'emploie généralement dans le cas d'hypopion, me réussit assez bien, comme on peut le voir au paragraphe de la kératite. Je l'ai déjà employé dans les épanchements sanguins et il a été aussi efficace que dans cette circonstance. Cependant, quand l'hypoëma ne monte pas au-dessus de la pupille, les vésicatoires sont inutiles, parce qu'il ne tarde pas à se résorber et qu'on le voit fréquemment disparaître au bout de 24 à 48 heures.

Obs. II. — *Ophthalmie traumatique.— Cataracte.—Atrophie de l'œil.*— Joseph Warnant, âgé de 17 ans, demeurant à Ougrée, reçut dans les ateliers Cockerill, où il travaillait, une bavure de fer qui le frappa à l'œil droit dans sa partie inférieure et interne. Le corps vulnérant avait fendu la cornée obliquement, de bas en haut et de dedans en dehors, jusque vers son centre. La sclérotique avait été aussi frappée et la blessure qu'elle présentait avait une étendue d'environ quatre millimètres.

L'iris, entraîné dans la solution de continuité, était lacéré, et la pupille oblongue est tiraillée vers l'ouverture faite au globe de l'œil. Déjà une sorte de nuance opaline indiquait que le cristallin et la capsule ne tarderaient pas à s'opacifier ; c'est en effet ce qui arriva dès le lendemain.

D'après les symptômes énumérés ci-dessus, il restait peu d'espoir de voir la pupille reprendre son état normal, à cause de la perte de substance que l'iris avait éprouvée. Néanmoins, la belladone fut prescrite en applications et en instillations, afin d'obtenir par son effet mydriatique la rentrée de tout ce qui était susceptible d'être rétracté de l'iris. La dilatation produite par ce médicament fut assez grande, mais elle n'empêcha pas la pupille de rester difforme et de présenter une angularité à la partie inférieure et interne du disque cornéen, où elle venait aboutir, et qui était le siége de la solution de continuité.

Le 18 juillet. Les accidents inflammatoires avaient diminué, mais en revanche l'opacité du cristallin et de la capsule avait augmenté.

Collyre de pierre divine (un grain par once d'eau distillée et 20 gouttes de laudanum) ; frictions avec l'onguent napolitain.

Le 27. Plus de symptômes d'inflammation ; la pupille reste toujours dilatée malgré la cessation de la belladone, et le malade continue le même traitement.

Tous les moyens curatifs mis en usage n'amenèrent point une solution favorable ; l'inflammation résultant de la cause traumatique a cédé au traitement dirigé contre elle, mais l'œil commença à se ramollir dans le courant d'août, et vers le mois de septembre, on voyait un sillon transversal dans la sclérotique, prenant naissance à l'endroit de la cicatrice et annonçant que l'œil s'atrophiait. Ce fâcheux pronostic s'est malheureusement vérifié, comme je l'ai constamment remarqué lorsque la plaie intéresse à la fois la sclérotique et la cornée.

Brûlures des paupières. — Joseph Frisson, âgé de 14 ans, fut présenté au dispensaire le 16 juillet. Jouant la veille avec ses cama-

rades, qui faisaient sauter des pétards, il s'était placé trop près de l'un d'eux au moment où il prenait feu ; l'explosion de la poudre lui avait brûlé la main droite et toute la figure. Lorsque le malade vint réclamer les secours de l'art, vingt heures s'étaient écoulées depuis l'accident.

La figure était tuméfiée, les paupières extrêmement gonflées, les cils brûlés ; tout faisait craindre les plus grands dangers pour les yeux ; mais en procédant avec soin à l'ouverture des paupières, on s'aperçut, heureusement, que les yeux étaient sains et que l'instinct qui nous porte à rapprocher les paupières lorsqu'un danger semble menacer l'organe de la vue, avait permis au petit étourdi de fermer les yeux à temps et de les préserver ainsi d'une perte inévitable ; car, j'ai déjà remarqué qu'après les explosions par la poudre et sans qu'aucun corps étranger fût entraîné dans l'œil, les inflammations consécutives à ces brûlures avaient un tel caractère de violence, que le traitement le plus énergique ne pouvait les enrayer et que l'ophthalmie qui survenait, entraînait la fonte de l'organe. Le plus souvent les brûlures par la poudre se bornent, comme dans ce cas, aux paupières et laissent le globe de l'œil intact.

Le malade s'étant présenté 20 heures après l'accident et après avoir employé déjà des remèdes, je ne pus recourir aux applications glacées qui sont si efficaces et qui procurent de si beaux succès lorsqu'elles sont employées à l'instant même de l'accident ; mais plus tard, lorsque la réaction a déjà eu lieu, ce moyen si puissant pour la prévenir ne jouit plus des mêmes priviléges et ne donne plus des résultats aussi avantageux.

Il fallut donc laisser ce moyen thérapeutique si justement prôné par M. Jobert, et un liniment composé d'huile de lin et d'eau de chaux, parties égales, fut prescrit en applications sur les parties brûlées au moyen de compresses que l'on avait soin d'enduire plusieurs fois par jour avec ce liquide. Son emploi réussit parfaitement ; au bout de huit jours, les yeux s'ouvraient avec facilité, et le douzième, le malade était entièrement rétabli de ses brûlures superficielles : il ne lui restait plus que quelques légères croûtes sur le front, qui furent traitées avec du cérat de Saturne.

Il s'en faut de beaucoup que les suites des explosions par la poudre à tirer aient une terminaison aussi favorable ; l'exemple suivant en est la preuve :

Obs. I.— Un ouvrier mineur, nommé Jamotte, demeurant à Engis, n° 4686, fut atteint par une explosion de mine, le 10 juillet : la figure fut entièrement

brûlée et les deux yeux atteints. Lorsqu'il vint au dispensaire le 17 septembre, l'œil gauche était entièrement perdu par la fonte purulente et se trouvait dans une situation au-dessus des ressources de l'art.

L'œil droit frappé en même temps, était atteint d'une perforation de la cornée à la partie interne avec hernie de l'iris; la moitié externe restée saine et transparente permettait de voir l'iris tiraillé et entraîné vers la solution de continuité. Comme l'accident remontait à plus de trois mois, il était difficile d'agir avec autant d'efficacité qu'on eût pu le faire au moment même; aussi le traitement fut-il différent de celui prescrit au précédent malade et la kératite traumatique fut traitée comme une kératite avec perforation de la cornée : onctions mercurielles sur le front et les tempes. Cette médication ne fut point inutile, car lorsque le malade se présenta le 17 octobre, il pouvait déjà distinguer les gros objets et se conduire dans les localités qui lui étaient familières. Cette amélioration continuait encore au mois de décembre.

Corps étrangers dans l'œil. — Vingt-cinq étaient fixés sur la cornée, dix entre les paupières et le globe. Dans les cas simples, l'extraction des corps étrangers a suffi pour calmer l'irritation déterminée par leur présence ; mais, parmi ces malades si facilement soulagés, il s'est présenté un des faits les plus bizarres que l'on puisse observer entre les accidents produits par les corps étrangers sur l'organe de la vue. Ce fait curieux sous tous les rapports, devant faire partie d'une autre publication, ne sera indiqué ici que d'une manière sommaire.

Obs. II.—Une domestique du faubourg d'Amercœur, nommée Françoise Polet, vint au dispensaire, au mois de juillet 1849, pour être débarrassée de fragments de verre qui s'étaient introduits dans l'orbite et se faisaient jour au dehors. Voici à quelle occasion : dans le mois de mars, voulant fermer une porte à glace qui menaçait à chaque instant d'être brisée par un vent furieux, elle ne put y parvenir à temps et se trouva en face de la porte au moment où un violent coup de vent, la brisant, lui lança les débris du vitrage dans l'œil gauche.

Cette femme fut renversée du coup et resta plus d'une heure avant de revenir de l'évanouissement où l'avait plongée cette commotion. M. le docteur Colette, appelé auprès de la malade, s'empressa d'enlever tous les débris de verre qui se trouvaient dans l'œil et acquit l'assurance que la cornée était saine de même que le bulbe; mais un mouvement fébrile d'une extrême violence se manifesta et un traitement antiphlogistique énergique fut mis en usage. Depuis ce temps on a extrait de l'œil une masse de petits fragments de verre, dont le nombre peut monter à environ deux cents. Ces morceaux de verre ne sortent jamais sans occasionner des douleurs atroces dans l'œil et l'orbite. Les digestions furent dérangées, la malade fut en proie à des vomissements et ne put se coucher que vers les derniers jours d'octobre; jusqu'alors elle n'avait pu dormir qu'assise dans son lit. Je pratiquai deux incisions dans la région orbitaire supérieure et il en sortit des fragments de verre jusqu'au 15 novembre.

Depuis ce jour, la santé de la malade se releva, elle reprit toutes ses habitudes et croyait être guérie radicalement lorsque, le 15 janvier 1850, de nouveaux morceaux de verre sortirent encore avec tout le cortége des symptômes

observés au début de l'accident. Les digestions se troublèrent, le sommeil fut interrompu et plus tard des fragments osseux se firent jour au dehors avec les mêmes phénomènes que les morceaux de verre : cet état continue et plus tard je me propose de compléter la publication de cette intéressante observation que M. Colette a fait connaître dans les *Annales de la Société de médecine de Liége* et qui va être reproduite dans les *Annales d'Oculistique*.

Brides de l'œil. — Un seul malade atteint de cette affection s'est présenté.

Conrad Schrœder, maçon, âgé de 25 ans, reçut de la chaux vive dans l'œil droit, il y a deux ans ; l'inflammation causée par ce corps étranger fut extrêmement violente et détermina à l'œil des adhérences des deux paupières avec le globe : à la paupière inférieure elles sont peu notables et permettent les mouvements libres de cette paupière sur le globe de l'œil, mais il n'en est pas de même de la paupière supérieure, où il existe une bride très-forte par laquelle elle adhère au bulbe jusqu'à la cornée et reste maintenue constamment abaissée, ce qui nuit au mouvement d'élévation de cette paupière qui ne peut être portée en haut sans entraîner l'œil dans cette direction. Deux autres adhérences, mais beaucoup moins considérables, se remarquent vers la partie supérieure et externe.

Dans le cas de bride de l'œil, lorsqu'il y a écartement entre le globe et la paupière et que cette bride est unique, je me suis contenté d'en faire la section, ensuite de toucher la plaie palpébrale avec le crayon de nitrate d'argent et d'enduire la plaie oculaire d'une couche d'huile; les choses sont ainsi abandonnées à elles-mêmes avec la recommandation aux malades d'exercer de nombreux mouvements de l'œil. Ces deux plaies de nature différente ont moins de tendance à se réunir que si elles étaient de même espèce.

Chez ce malade, l'application de ce procédé opératoire offrait peu de chances de succès ; d'abord parce que la cicatrice vicieuse retenait le globe de l'œil pour ainsi dire fixé à la paupière, et ensuite parce qu'il existait d'autres brides.

Je m'arrêtai au procédé suivant, qui m'a maintes fois réussi : Une aiguille courbe, munie d'un fil ciré, fut passée derrière la cicatrice, entre le globe de l'œil et la paupière, le 17 août ; les deux bouts de fil furent ensuite noués sur le tissu cicatriciel, qui fut ainsi comprimé dans l'anse du fil. Les deux bouts de nœud furent coupés et abandonnés à eux-mêmes. Au bout de quatre jours le fil était tombé. Cette opération fut renouvelée le 31 août, le 14 et le 23 septembre ; à cette époque déjà, les mouvements du globe de

l'œil avaient acquis plus de facilité; la paupière se soulevait mieux, et l'espace conjonctival entre la bride et le cercle cornéen était agrandi du double.

Le fil fut encore appliqué six fois depuis le 23 septembre, et aujourd'hui 21 décembre, l'œil est parfaitement libre dans tous ses mouvements, et l'espace existant entre le bord cornéen et le repli conjonctival est de quatorze millimètres.

Ces opérations ont aussi produit un autre résultat favorable : la cornée, qui était entièrement opaque, reprend de la transparence, et Schrœder commence à récupérer un peu de vision.

Fongus médullaire de la rétine.— Extirpation du globe de l'œil.— Cette affreuse maladie, que je n'ai pas eu occasion d'observer depuis plusieurs années, a pu être suivie dans toutes ses phases. L'observation de ce fait intéressant a été recueillie par M. Buttgenbach, chef de clinique.

Obs. — Le 2 février, un enfant de 4 ans, nommé Jean Pirotte, demeurant rue Pierreuse, n° 3, fut présenté à la consultation. Depuis quinze jours cet enfant était atteint d'une irritation à l'œil gauche; du moins telles sont les expressions de la mère. Après avoir examiné le malade, M. Jules Ansiaux fait remarquer aux assistants que ce n'était point une simple hypérémie des tissus externes de l'œil, mais une phlogose de la choroïde et des membranes internes du globe.

D'abord, on voyait sur la sclérotique de nombreux vaisseaux d'un rouge carmin, se dichotomisant de la périphérie au centre, présentant, en un mot, tous les caractères de l'injection abdominale. La conjonctive, soulevée, offrait cette coloration rosée caractéristique qui accompagne ordinairement l'iritis aiguë et les inflammations des autres membranes internes du bulbe oculaire. L'iris participait à cette inflammation, car il était décoloré et affectait une teinte verdâtre, tandis que son congénère, resté sain, était d'un beau bleu pâle. La pupille n'était plus ronde; son ouverture était inégale, et elle ne se contractait plus. Son champ avait une teinte grisâtre, un peu métallique, mais en creux et profondément située; indice qui prouvait que l'appareil cristallinien était exempt de l'inflammation qui avait jusqu'alors envahi les autres parties du globe. Cette teinte de la pupille se rapprochait de celle du glaucome commençant.

La vision était entièrement abolie et la rétine d'une insensibilité complète à la lumière. L'enfant, du reste, ne se plaignait pas; il était seulement un peu plus difficile que dans son état habituel : le globe de l'œil avait son volume normal.

Diagnostic. — Fongus médullaire de la rétine commençant. Pronostic très-grave, car M. Jules Ansiaux ne compte sur aucune chance de guérison et croit qu'il sera obligé de pratiquer l'extirpation de l'œil, parce qu'il a la conviction que le traitement mis en usage ne produira pas de résultat satisfaisant. Quant à l'étiologie, le professeur la trouve dans la constitution scrofuleuse de l'enfant, constitution au reste héréditaire. — Frictions avec l'onguent napolitain.

R. Sacch. alb. ʒj.
Calomel, gr. jv.
M. et f. dos. nº XVI. S. Une dose quatre fois par jour.

R. Aq. dist. ʒj.
Lapid. divin. gr. j.
Laud. Syd. gttes XX.
M. D. S. pour collyre.

Le 5 février, même état de l'œil; seulement l'opacité du fond pupillaire semblait devenir bleuâtre. Le sommeil a été agité et l'enfant a éprouvé quelques maux de tête.

Traitement. — Application de cinq sangsues à la tempe gauche.

R. Aq. dist. ʒij.
— lauro-ceras. ϑj.
Borac. ven. ʒiv.
Mucil. cydonior. ʒij.
M. D. S. pour collyre.

R. Ethiops antimonial. ʒij.
Resin. guajac. ʒij.
Magnes. ust. ϑij.
M. et f. dos. nº XXX. S. Une dose trois fois par jour.

Le 7 février. L'application des sangsues a soulagé le petit malade, mais la paupière inférieure est tuméfiée et prend une couleur violacée. L'injection bulbaire a un peu diminué, et à la partie inférieure, dans la direction du muscle abaisseur du globe de l'œil, il se manifeste une légère tuméfaction bosselée, qui n'entrave en rien les mouvements de l'œil.

Même traitement.

Le 9 février. La bosselure a augmenté, elle présente le volume environ d'une noisette.

M. Jules Ansiaux annonce la formation d'un abcès siégeant à la partie inférieure du globe de l'œil, sous l'aponévrose oculaire et le tendon du muscle droit inférieur. Ce diagnostic est établi par ces considérations :

1° La cavité orbitaire, examinée en tous sens, ne présente la trace d'aucune tumeur ;

2° Le globe de l'œil n'est pas dévié, il est seulement porté à se diriger en haut; les six muscles moteurs ont leurs mouvements entièrement libres et la tumeur suit ceux de l'œil, et quand on engage l'enfant à porter l'œil en haut et que l'on abaisse la paupière inférieure, la tumeur revient faire saillie au dehors ; elle est peu sensible au toucher, mais elle est rénitente sous l'impression du doigt et offre un commencement de fluctuation.

Le 10 février. L'enfant a eu une nuit mauvaise; il a été difficile, il s'est plaint d'éprouver du mal dans l'œil; la tumeur a acquis un peu plus de volume, le chirurgien décide de l'ouvrir le lendemain. *Cataplasmes.*

Le 11 février. La tumeur forme une saillie assez visible, on y sent la fluctuation d'une manière évidente; l'incision décidée la veille est pratiquée dans la partie horizontale, au moyen d'un couteau à cataracte ; il s'en échappe du pus lié et de bonne qualité.

Le 12. Diminution dans la tuméfaction.

Le 14. Les nuits sont bonnes, l'enfant se livre à ses jeux comme à l'ordinaire ; l'ouverture de l'abcès a encore laissé échapper un peu de pus. La pupille est toujours irrégulière, dilatée, mais sans exagération. Au côté supérieur et interne de l'iris, on aperçoit un vaisseau qui se dichotomise et dont la branche la plus longue est dirigée en haut et s'étend jusque vers le milieu du diamètre perpendiculaire de l'œil ; le rameau inférieur ne descend pas au delà du tiers du diamètre transversal ; le fond pupillaire est moins opaque et la conjonctive n'est plus soulevée.

Traitement : Continuation du calomel.

Le 16 février. Les vaisseaux qui s'observent à la surface de l'iris existent toujours d'une manière aussi marquée ; leur disposition, que la docilité de l'enfant permet d'observer à la loupe d'une manière plus exacte, est festonnée, à convexité inférieure. A la partie inférieure du globe de l'œil où se trouvaient les deux bosselures, résultant du développement de l'abcès, l'externe a disparu, l'interne seule est restée ; elle est d'une forme conique, offrant à sa saillie l'ouverture de l'incision ; du pus s'écoule encore par cette ouverture, mais en petite quantité. Quand on fait fermer l'œil sain à l'enfant, il assure ne pas voir le jour ni l'ombre des objets interposés entre l'œil malade et la lumière.

Cataplasmes la nuit. Onguent napolitain. Collyre laudanisé.

Le 21. La branche inférieure du vaisseau, à l'endroit où il se bifurque, est coupée brusquement à la longueur d'une ligne ; le fond de la pupille permet de constater d'une manière positive que l'appareil réfracteur est intact, et l'opacité que l'on observe au fond présente, bien caractérisé, l'aspect concave et le reflet métallique indiqués par les auteurs au début du fongus médullaire de la rétine, diagnostic qui avait déjà été posé. La saillie coniforme que l'on remarquait au côté interne du globe de l'œil, et à l'extrémité pointue de laquelle se trouvait l'incision, a pris un nouveau développement.

Traitement : Idem.

Le 23. Diminution dans l'injection de l'œil.

Traitement : Idem ; calomel.

Le 28. L'aspect extérieur du globe de l'œil est toujours le même, quant à l'injection ; la pupille est frangée et aplatie.

La zone vasculaire a disparu de la surface de l'iris. Il n'existe plus au diamètre transversal de ce diaphragme que le tronc vasculaire primitif, jusqu'à l'endroit de la bifurcation. La saillie conique que l'on remarque à la partie inférieure et interne du globe de l'œil, en dedans du muscle droit inférieur, a pris encore plus d'extension. Un stylet introduit par l'ouverture de l'incision pratiquée le 11 février, pénètre à une certaine profondeur et peut être promené dans différentes directions, ce qui dénote l'existence d'une cavité.

Le 5 mars. Le seul changement qui s'observe est une augmentation dans le volume de la tumeur. Le stylet peut être introduit à plus d'un centimètre de profondeur. L'effet de la tumeur sur le globe de l'œil, quant à sa position, est d'opérer un peu de déviation en haut.

Le 10. Même état ; continuation du calomel uni à l'opium.

R. Tinct. iod. ℥j. Aq. comm. ℥viij. M. S. Pour applications extérieures.

Le 19. La tumeur est devenue plus saillante et plus globuleuse à sa partie

inférieure. Les mouvements semblent cependant se faire plus aisément ; on ne voit plus de vaisseaux à la surface de l'iris ; le fond de la pupille offre toujours une teinte gris blanchâtre analogue à celle qui se remarque dans la partie de la tumeur où existe la solution de continuité ; cette substance blanchâtre offre assez d'analogie avec la substance cérébrale. Un cercle blanchâtre entoure la cornée et laisse voir la sclérotique dans la largeur d'une ligne dans tout le pourtour du miroir de l'œil.

Les nuits de l'enfant sont meilleures ; il est moins difficile depuis huit jours.

Le 26 mars. Il s'est formé à l'angle externe, sur le globe de l'œil, une nouvelle bosselure, ressemblant à un chémosis ; elle est d'apparence molle et pulpeuse.

Collyre de pierre divine laudanisé.

Le 28. La tumeur qui avait été remarquée à la précédente visite prend aujourd'hui le caractère de celle qui est située à la partie inférieure ; on aperçoit à son centre une tache d'un blanc jaunâtre qui fait saillie et qui menace de prendre la même forme.

Suspension du collyre. Iodure de potassium intus et extra.

Le 11 avril. La tumeur inférieure, ainsi que celle qui s'est formée à la partie externe du globe de l'œil, ont pris plus d'extension et affectent la forme d'un champignon fongueux. L'apparence creuse qui se montrait à travers la pupille n'existe plus. L'iris est refoulé en avant et l'on observe à travers l'ouverture pupillaire une tumeur, semblable à celle que l'on voit dans le fongus médullaire de la rétine, s'avancer à travers la pupille pour pénétrer dans la chambre antérieure.

Ces symptômes ne permettent plus d'attendre, si l'on veut conserver les jours de l'enfant ; l'extirpation du globe de l'œil est jugée nécessaire et proposée aux parents qui hésitent encore, bien qu'on leur ait fait comprendre toute la gravité de la position de l'enfant. Mais comme celui-ci, depuis quelques jours, n'éprouvait plus les douleurs de tête ni les insomnies qui l'avaient accablé pendant les premiers temps, et qu'au contraire il avait repris ses allures ordinaires et sa gaieté, les parents demandèrent d'attendre encore quelque temps.

Le même traitement fut continué et un régime tonique prescrit.

Le 25. Une nouvelle modification était survenue dans l'état de l'œil. Une troisième tumeur s'était développée vers la partie interne à travers la sclérotique ; l'inférieure, qui était constamment baignée par une suppuration abondante, avait pris un développement plus considérable, faisait une saillie assez forte entre les paupières et repoussait la coque oculaire en haut, au point que la cornée disparaissait sous la paupière supérieure. En relevant cette paupière, on pouvait voir que la chambre antérieure était remplie, ou à peu près, par la tumeur qui avait été aperçue précédemment à travers la pupille et dont le développement devait amener sous peu la rupture de la cornée.

L'extirpation de l'œil malade étant le seul remède à une désorganisation aussi profonde et la mort de l'enfant devant être le résultat de nouveaux retards, l'opération fut acceptée par les parents et pratiquée le 9 mai.

Le chirurgien, après avoir exposé les divers procédés adoptés pour l'extirpation du globe de l'œil, choisit le suivant :

L'enfant étant placé sur les genoux d'un aide chargé de maintenir le tronc et les bras, la tête fixée par un deuxième aide, la commissure externe des paupières fut agrandie par une incision prolongée sur la tempe ; puis le globe de l'œil, saisi au moyen d'une érigne, fut tenu en respect après que deux aides eurent maintenu les paupières écartées au moyen d'un élévateur pour la supérieure et d'un abaisseur monté sur un manche pour l'inférieure. Un bistouri droit, à lame étroite, fut plongé dans l'orbite, à l'angle externe, le tranchant tourné vers le nez ; puis la lame rasa la paroi orbitaire inférieure jusqu'à l'angle interne, coupant tous les tissus qui pouvaient retenir le globe de l'œil attaché au bord inférieur.

Pendant ce temps de l'opération, le bulbe était dirigé en haut. Cette incision demi-circulaire terminée, le tranchant du bistouri fut porté en haut, fit le tour de l'orbite, en ayant toujours soin de raser la paroi osseuse de cette cavité. L'œil étant ainsi isolé de tous les points d'attache, des ciseaux courbes furent glissés le long de la paroi externe de l'orbite jusqu'au fond de cette cavité et y coupèrent le nerf optique.

Le globe fut aisément amené au dehors et la cavité orbitaire entièrement débarrassée de cet organe dégénéré. Le doigt, promené en tous sens dans l'orbite, ne découvrit aucune portion malade ; malgré cela, les ciseaux excisèrent ensuite ce qui restait de tissus cellulaire et aponévrotique.

La glande lacrymale ne fut point enlevée et il ne fut pas passé de point de suture pour fermer l'incision de la commissure externe.

Le pansement fut fait au moyen de quelques boulettes de charpie introduites entre les paupières, mais sans exercer de tamponnement. Ce moyen semble préférable, chez les enfants, pour arrêter l'hémorrhagie qui pourrait survenir après l'opération.

M. Jules Ansiaux a peu de confiance dans la suspension des hémorrhagies par l'occlusion simple des paupières chez les individus indociles ; c'est pourquoi, règle générale, dans le cas d'extirpation de l'œil, il insinue quelques boulettes de charpie entre les paupières, sans cependant exercer de compression, afin de créer uniquement un obstacle à l'écoulement du sang. Un caillot pouvant être expulsé de la cavité orbitaire, lorsqu'on n'introduit rien pour combler le vide laissé par l'enlèvement de l'œil, et reproduire l'hémorrhagie, un gâteau de charpie peu épais fut placé sur l'organe opéré et le tout fixé par un bandage monocle.

Traitement : Applications froides sur le front et sur l'œil. Diète absolue.

Après l'opération, l'enfant éprouva des vomissements, rendit des matières bilieuses et quelques caillots sanguins, provenant du sang qu'il avait avalé pendant l'opération. La nuit fut assez calme et il eut même du sommeil.

Le 10 mai. L'enfant avait quitté son lit et se livrait à ses jeux, à peu près comme à l'ordinaire.

Continuation des applications froides sur l'appareil ; régime ténu.

Le 11 mai. L'enfant paraissait gai, le pouls bon ; pas de chaleur à la peau ; il y avait bien un peu d'agitation la nuit, sans cependant que le sommeil fût interrompu.

Changement des pièces extérieures de l'appareil, pour motif de propreté.

L'opération marcha avec assez de rapidité, et à la section du nerf optique,

l'enfant ne montra pas de sensibilité ; cependant le nerf paraissait intact au premier examen de la pièce pathologique.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, il y eut un peu de gonflement des paupières ainsi que de la moitié de la figure ; mais le huitième jour après l'opération, l'état œdémateux avait disparu, les paupières étaient affaissées et le fond de la cavité orbitaire, dans laquelle on introduisait chaque jour un bourdonnet de charpie, commença à bourgeonner, et la suppuration qui en provenait n'était pas trop abondante. L'enfant, qui avait beaucoup maigri pendant le cours de sa maladie, reprit petit à petit un meilleur aspect, devint gai, se livra à ses jeux, jouit d'un sommeil tranquille et l'appétit revint. — Quinquina pour traitement interne.

En ce moment le petit Pirotte est totalement remis ; il a une bonne santé et ne se plaint plus d'aucune douleur.

L'examen de la pièce pathologique, fait par M. le professeur Spring, confirme le diagnostic porté par M. Jules Ansiaux. Toute la choroïde avait disparu ; quelques petits lambeaux de rétine existaient encore, mais le nerf optique était intact, circonstance favorable qui éloigne la crainte d'une récidive et donne l'espoir de conserver la vie à cet enfant.

Cette observation présente un très-grand intérêt, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du pronostic. En effet, dès le premier jour, j'avais porté ce fâcheux pronostic, qu'il fallait extirper l'œil malade, alors que rien n'indiquait encore dans les symptômes observés qu'on dût en venir à une pareille extrémité.

Pupille artificielle. — Deux opérations de *pupille artificielle* ont été pratiquées : l'une, par *corectomie,* n'a pas eu de résultat satisfaisant, le malade étant en outre atteint d'amaurose ; l'autre, par *corédialysis,* a eu tout le succès désirable. Les observations suivantes, qui contiennent les détails de ces opérations, ont été recueillies par M. Jules Surlemont.

Obs. I. — Un habitant de la commune d'Otrange, province de Limbourg, nommé Dieudonné Digneffe, âgé de 68 ans, était frappé de cécité par suite d'une amaurose à l'œil droit et d'un leucome sur la cornée gauche. Voici quel était l'état de cet œil : 1° le leucome existait à la partie interne et moyenne de la cornée ; la pupille, déplacée et tiraillée en dedans derrière l'opacité cornéale, ne pouvait plus recevoir directement les rayons lumineux.

Le malade voyait encore les gros objets qui lui étaient présentés du côté gauche ; le reste de la pupille était très-peu contractile, mais l'iris était sain et toute la partie externe de la cornée conservait une transparence parfaite.

Une pupille artificielle pouvait seule donner au malade la possibilité de se conduire ; il fut décidé qu'elle serait pratiquée par la méthode de l'iridectomie. Le 16 octobre, le malade assis en face d'une fenêtre, la tête soutenue sur la poitrine d'un aide qui relevait en même temps la paupière supérieure, le chirurgien, avec un couteau de Reichter, incisa la cornée perpendiculairement vers les parties externes, d'après le procédé de Wenzel, pour l'extraction de la

cataracte ; cette incision terminée, il indiqua à l'aide, qui maintenait relevée la paupière supérieure, d'exercer une pression à la partie supérieure de l'œil pour faire sortir l'iris par la solution de continuité, pendant que lui-même comprimait avec l'index gauche la partie inférieure de l'œil, dans le même but. Par cette manœuvre, l'iris ne tarda pas à faire hernie à travers l'incision de la cornée ; il fut saisi avec des pinces à crochets, attiré au dehors plus complétement, puis, enfin, excisé au moyen des ciseaux de Maunoir.

Après l'excision de l'iris, un épanchement sanguin insignifiant eut lieu dans la chambre antérieure et n'empêcha pas de voir la pupille de nouvelle formation qui était d'un beau noir ; le malade fut remis au lit, couché horizontalement avec l'œil constamment recouvert d'affusions d'eau froide. — Le lendemain, l'état du malade est très-satisfaisant ; la nuit a été bonne ; l'œil ne présente pas la moindre trace d'inflammation.

Le 19, le malade est fort bien, la plaie de la cornée est cicatrisée, l'humeur aqueuse remplit la chambre antérieure et la pupille apparaît très-distinctement entre l'opacité de la cornée et son bord externe.

Rien de remarquable ne survint dans le cours du traitement consécutif à l'opération, dont les suites furent des plus heureuses sous le rapport opératoire.

Il existe une pupille bien noire située au côté externe de l'œil droit et dans son diamètre transversal, en dehors du leucome qui cachait l'ouverture pupillaire naturelle, mais le malade ne voit pas mieux qu'avant l'opération : ce qui donne à croire que l'amaurose qui a éteint la vision dans l'œil droit avait aussi atteint l'œil gauche, même avant que son congénère ne fût la proie de cette maladie.

Obs. II. — Thérèse Mordan, âgée de 28 ans, avait perdu la vue, depuis l'âge de 2 ans, des suites de la variole ; cette fille, d'une constitution très-délicate et rachitique, se trouve en outre dans un état anémique assez prononcé. Chez cette malade, l'œil gauche est perdu sans ressource, mais l'œil droit présentait les chances favorables pour pratiquer une pupille artificielle. Un leucome central occupait la cornée où une perforation avait eu lieu et dans laquelle l'iris était venu contracter une adhérence complète. Cependant, vers la partie interne et moyenne, il existait un petit point libre par lequel pénétraient les rayons lumineux. Des instillations de belladone furent faites dans un but d'exploration et pour tenter d'obtenir une dilatation du bord pupillaire resté libre ; cette dilatation eut lieu en effet, mais ne dépassa pas la largeur d'un grain de millet, il fut donc impossible au chirurgien de réaliser l'espoir qu'il avait conçu d'abord, d'opérer la pupille artificielle par déplacement.

Avant de passer à la description de l'opération, il est convenable d'examiner d'abord quelles étaient les chances de succès. Cette femme n'était pas complétement aveugle. Par le petit pertuis qui se trouvait à la partie interne du leucome, elle distinguait les couleurs, l'éclat des métaux, l'ombre formée par les arbres et les maisons, et voyait les personnes qui se trouvaient devant elle, à la distance d'un mètre tout au plus, mais ne pouvait les reconnaître ni apprécier la différence des sexes. Ces antécédents promettaient un succès complet et dissipaient toute espèce de doute sur les résultats à obtenir de l'opération, qui fut pratiquée le 8 décembre 1849. L'opérateur procéda de la manière suivante : la malade placée sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, et la paupière supérieure maintenue par l'élévateur de Pellier, un couteau de Wenzel fut plongé au bord interne de

la cornée à son diamètre transversal et à un millimètre et demi de son insertion à la sclérotique. La sensibilité excessive de l'œil fit échapper l'instrument de la plaie et le chirurgien fut obligé, pour continuer son opération, de fixer le globe de l'œil au moyen d'un crochet semblable à ceux employés pour l'opération du strabisme, et qui fut implanté dans la sclérotique à sa partie inférieure. L'incision put alors être agrandie, pour permettre aux pinces d'y pénétrer et d'aller saisir l'iris à l'endroit resté libre de son bord pupillaire qu'on avait préalablement eu soin de maintenir dilaté par l'usage de la belladone.

Ce temps de l'opération terminé, le diaphragme irien fut entraîné au dehors, détaché du bord ciliaire dans l'étendue de trois millimètres environ, puis ensuite reséqué au moyen du ciseau de Cooper.

La malade fut ensuite remise au lit et des applications d'eau froide furent faites sur l'organe opéré. Vers le soir, de forts maux de tête s'étant déclarés à la région frontale droite, une large saignée fit presque immédiatement disparaître ces douleurs en même temps que l'épanchement occasionné dans la chambre antérieure par la résection de l'iris.

Depuis ce moment, aucun accident important ne s'est montré, et, le troisième jour après l'opération, la plaie de la cornée était entièrement cicatrisée. Des onctions avec l'onguent napolitain sur le front et la tempe, un collyre laudanisé suffirent pour abattre toute trace d'inflammation.

Les résultats de cette opération furent assez curieux à observer. Dans les premiers jours qui suivirent l'établissement de la pupille artificielle, la malade éprouvait peu de changements dans la vision. Cependant, petit à petit, elle put distinguer les objets à des distances plus éloignées ; au bout de trois semaines, elle apercevait très-bien les lignes formées par les fentes du plancher, mais elle ne pouvait encore établir la différence qui existait entre deux figures éloignées d'elle d'un mètre et demi à peu près. Voici quel est l'aspect de l'œil opéré :

Une circonstance digne de remarque, c'est qu'elle ne savait nullement apprécier les distances et ne pouvait arriver directement sur l'objet qu'on lui disait de toucher. Cette irrégularité, qui s'observe ordinairement chez les aveugles-nés, avait lieu de nous surprendre, puisque cette fille n'était pas complétement aveugle.

Le 31 décembre, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, la vision s'est beaucoup améliorée ; le mouvement de nystagmus, qu'on remarquait dans le

commencement, a cessé ; les objets sont touchés sans hésitation et tout promet que cet état satisfaisant s'améliorera encore par la suite.

Je ferai une remarque sur un point de traitement général : Après trois jours, lorsque les accidents inflammatoires eurent cédé et que les applications d'eau froide n'étaient plus nécessaires, M. J. Ansieux recommanda d'ouvrir l'œil de temps en temps et de l'exposer à la lumière. Dans des circonstances semblables à celles-ci, il ne craint point de soumettre la rétine à l'action du jour, cette membrane étant déjà habituée à son impression. Le résultat d'ailleurs a confirmé ce précepte.

La fille Mordan peut aujourd'hui supporter l'éclat d'un jour pur sans le moindre inconvénient.

Pour cette malade, la méthode de la corectomie, que le chirurgien préfère chaque fois qu'il peut la pratiquer, ne pouvait être employée à cause du peu d'espace transparent qui restait à la cornée ; la pupille eût été trop petite et les exsudations plastiques, qui se reproduisent ordinairement après ces sortes d'opérations, n'eussent pas tardé à l'oblitérer de nouveau. Il était donc convenable de se mettre en garde contre cet accident consécutif, et c'est ce qui a déterminé l'opérateur à décoller l'iris de son bord ciliaire.

A la partie supérieure de la cornée, il existait un espace transparent plus large, qui lui permettait de pratiquer la corectomie, comme cela a été fait pour Digneffe (voir l'observation précédente); mais cette place était défavorable, et le lieu d'élection indiqué par les auteurs offrant des chances pour la réussite, le chirurgien n'a pas hésité à opérer sur cette partie.

Amauroses. — Sous ce titre sont comprises aussi les amblyopies. Cet état de l'œil, n'étant que le commencement de l'amaurose, doit naturellement trouver place au paragraphe qui traite de cette maladie. Vingt et un malades se trouvaient dans cette situation et onze à l'état d'amaurose complète. Parmi les amblyopies, cinq reconnaissaient pour cause un état asthénique ; comme cela arrive presque toujours, les ferrugineux ont produit un résultat très-avantageux. Chez une malade cependant, l'épouse Nivarlet, qui souffrait depuis plus de quinze mois de cette affection, les préparations ferrugineuses ayant perdu toute leur efficacité, il fut prescrit des pilules composées d'un grain de carbonate manganeux et de deux grains de la masse pilulaire de Blaud. Ce traitement, combiné avec les frictions excitantes autour de l'orbite, a produit les effets les plus avantageux. Plusieurs fois j'ai fait usage de ces pilules pour d'autres maladies, lorsque l'action du fer était épuisée, et je m'en suis toujours bien trouvé. Les autres malades ont été traités par les moyens ordinaires conseillés contre cette maladie.

Il en a été de même pour les amaurotiques. Je m'abstiens donc de citer toute la nomenclature des traitements employés en pareil cas et qui sont presque toujours une source de déceptions pour le médecin. La quantité de moyens préconisés pour traiter l'amaurose indique assez l'impuissance de l'art contre cette maladie. Je ne passerai point sous silence cependant l'heureuse solution de l'emploi de la pulsatille. Ce médicament, si vanté par les Allemands, ne m'avait jusqu'à ce jour procuré que bien peu de satisfaction dans le traitement des amauroses, et je ne l'employais qu'après avoir essayé des autres moyens indiqués pour combattre cette maladie. C'est ce qui m'est arrivé avec le sieur Louis Olivier, forgeron, demeurant à Herstal. Cet homme, qu'une amaurose accablait depuis deux ans, avait vu sa faculté visuelle s'affaiblir au point d'être obligé de cesser son travail.

J'avais vainement employé les émissions sanguines, les purgatifs, le tartre stibié, la strychnine, les vésicatoires volants, moyen thérapeutique dont je me trouve généralement bien, et tout cela sans obtenir le moindre amendement dans sa position, lorsque je recourus à la pulsatille en pilules, d'après la formule de Graefe. Ces pilules, dont je dois rappeler la formule, sont ainsi composées :

℞. Pulv. fol. pulsat. nigr. ʒ.
Extract. ejusd. q. s.
Fiant pil. nº cxx.

Ces pilules furent prises d'abord à la dose de trois par jour ; puis le nombre en fut porté jusqu'à douze dans les vingt-quatre heures. Les frictions sur le front et les tempes avec la teinture de pulsatille deux fois par jour furent ajoutées à l'usage interne de cette plante.

Au bout de dix jours, une amélioration se manifesta ; les objets apparaissaient moins confus au malade. Ce changement favorable fit toujours de nouveaux progrès, et deux mois environ après avoir usé de ce traitement, Olivier nous annonçait qu'il serait bientôt en état de reprendre son travail ; ce qu'il a fait en effet.

Le traitement a commencé le 5 novembre 1849 et a duré jusqu'au 31 décembre.

Dans le nombre des malades affectés d'amaurose torpide, se trouve Joséphine Mottemans, de Binderwald, province de Limbourg, qui était en même temps atteinte d'un strabisme divergent à l'œil gauche. La vision n'était pas entièrement éteinte chez cette fille, et j'eus la pensée qu'une opération de strabisme, pratiquée sur

l'œil dévié, pourrait apporter des modifications favorables dans l'état visuel de cet œil, ainsi que j'ai eu déjà l'occasion de l'observer; c'est pourquoi je me décidai à pratiquer la section du muscle droit externe. Cette opération a réussi comme rectification de la direction de l'œil, mais elle ne produisit aucun avantage dans la marche de la maladie ; la vision ne fut nullement améliorée.

Cataractes. — Huit opérations de cataracte ont été pratiquées cette année : deux par abaissement, qui ont réussi, et six par extraction, dont deux sans succès.

La suppuration s'est déclarée dans les yeux opérés, qui sont restés perdus sans ressource par la fonte du globe. Parmi les malades opérés par l'extraction, le sieur Henri Ledent était porteur d'une cataracte liquide à l'œil droit ; cette cataracte, capsulaire en même temps, était d'un gris très-foncé, et l'opacité, ayant envahi tout le feuillet capsulaire antérieur, présentait des inégalités, des taches dans toute son étendue, de sorte qu'il y avait impossibilité d'apprécier quel était l'état du cristallin. La capsule antérieure était dure, et ne s'était pas déchirée quand la pointe de l'aiguille avait été portée sur elle pour la dilacérer et livrer passage au cristallin. En pressant légèrement sur la paupière pour faire sortir la lentille, il sortit en effet un corps lenticulaire, mais formé par les deux feuillets capsulaires qui contenaient le cristallin liquéfié. Comme ce corps ne paraissait pas vouloir se détacher de la partie supérieure et qu'il faisait hernie de la moitié à peu près à travers l'ouverture de la cornée, je le saisis avec une pince, pour en faciliter l'extraction ; mais à peine la masse fut-elle saisie par les crochets de l'instrument, que cette espèce de kyste se déchira et que le liquide épanché rapidement ne laissa plus que des lambeaux de capsule qu'il fut alors très-facile d'amener au dehors. Cette opération a eu tout le succès désirable.

Une blépharoplastie, d'après un procédé de Dieffenbach, a été pratiquée pour corriger un ectropion considérable de la paupière inférieure. Cette opération a réussi. Le procédé employé consiste en deux incisions partant des deux angles de l'œil et venant se réunir en angle aigu sur la joue. Ce lambeau triangulaire fut disséqué du sommet à sa base ; l'espace vide qu'il laissa sur la joue fut raccourci au moyen de points de suture entortillés, et le lambeau maintenu relevé.

Cette observation devant faire partie d'un autre travail, je m'abstiens d'entrer dans de plus amples détails.

Les tumeurs et les kystes des paupières, pour lesquels il fut nécessaire de recourir à des opérations, ont été au nombre de cinq; quatre ont été opérés à l'aide de l'instrument modifié par moi (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XX, p. 170, année 1848). Une seule de ces tumeurs ne put être opérée avec la pince : c'était un kyste des plus volumineux que j'aie jamais vus aux paupières. Il avait à peu près le volume de la moitié d'une grosse noix. Ce kyste, qui était multilobulaire, fut opéré par incision, les poches divisées et les cloisons enlevées à l'aide de ciseaux, et puis la face interne cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le sieur Hubert Boinem, qui a présenté ce fait assez curieux, avait toujours évité de se soumettre à l'opération qui devait le délivrer de cette difformité, parce qu'il avait l'espoir de se libérer du service militaire en conservant cet état morbide de la paupière.

Un fait non moins curieux s'est présenté parmi les kystes palpébraux.

Obs.—Un fondeur en fer, domicilié faubourg Saint-Léonard, portait à la paupière inférieure gauche un kyste transparent, situé vers l'angle externe et au bord de la paupière qui en formait la paroi supérieure. Cette tumeur avait tout à fait l'aspect d'un kyste hydatique; elle était sphérique, saillant autant en dehors qu'en dedans; à sa partie supérieure on voyait le bord tranchant de la paupière former une ligne d'un rose foncé. Aucune trace d'inflammation n'existait autour de ce kyste; la peau et la muqueuse avaient conservé leur aspect normal.

Une carte placée au-dessus du bord palpébral et le malade exposé au jour, nous examinâmes cette tumeur à peu près par le même procédé que celui mis en usage pour apprécier le degré de transparence du liquide de l'hydrocèle. La limpidité de celui que contenait cette poche était parfaite, on n'y reconnaissait ni ver, ni flocons albumineux. L'incision était le seul moyen à mettre en usage; elle fut pratiquée à l'aide de la pince employée pour l'extirpation des tumeurs des paupières, et la ponction fut faite avec un kératotome de Richter. Un liquide transparent s'en échappa. Malgré nos recherches, nous ne pûmes trouver d'hydatide; le kyste fut cautérisé et abandonné à lui-même, et depuis le malade n'est plus revenu.

Quelle pouvait être la nature de ce kyste des paupières? Les tumeurs enkystées ne contiennent point de liquide aussi transparent, il est toujours jaunâtre et souvent filant et semblable à la synovie. Le malade n'avait jamais eu de blépharite, il ne se souvenait pas d'avoir été atteint d'orgeolet. Cette sécrétion d'un liquide si limpide pourrait être attribuée à un de ces follicules muqueux que l'on rencontre dans le tissu des paupières, et qui, n'ayant été soumis à aucune cause d'excitation, n'aura point produit de liquide purulent.

Je termine ici le résumé des faits principaux qui se sont présentés à mon observation pendant l'année 1849. Il en est quelques-uns dont j'ai dû retarder la publication, les observations n'en étant point encore terminées. Aidé du concours empressé des élèves qui suivent ma clinique, il me sera permis de publier chaque année quelques faits importants ou curieux, comme il ne manque jamais de s'en trouver dans un nombre aussi élevé de malades que celui qui fréquente chaque année la consultation du dispensaire ophthalmique.

OBSERVATION DE NOMBREUX FRAGMENTS DE VITRE INTRODUITS DANS L'ORBITE GAUCHE;

Par le docteur F.-C. COLLETTE,

Membre titulaire de la Société de médecine de Liége.

Il s'agit d'un accident arrivé à la nommée Françoise Paulet, âgée de 47 ans, d'une forte constitution, servante chez un brasseur de la rue Basse-Wez, à Liége.

Le 2 mars 1849, vers les 10 heures du matin, pendant qu'il régnait un vent des plus violents, une porte vitrée, située au milieu d'un corridor, se ferma brusquement; deux des carreaux se brisèrent en milliers d'éclats, et Françoise Paulet, placée à peu de distance, reçut dans les yeux de la poussière et un grand nombre de fragments de vitre.

Les douleurs qu'à l'instant elle ressentit la firent tomber à la renverse. On s'empressa de retirer de l'œil droit les corps étrangers qui y étaient introduits; on chercha ensuite à débarrasser l'œil gauche; mais on ne put y parvenir complétement, et je fus appelé vers la soirée.

Ce qui me frappa d'abord en examinant la figure de cette femme, ce fut la petitesse de l'ouverture des paupières. On me dit avoir extrait des deux yeux plus de trente fragments de vitre. L'œil droit me parut à l'état normal. Les paupières de l'œil gauche restaient fermées : cet organe était le siége de vives douleurs, qui se faisaient particulièrement sentir le long de l'arcade orbitaire. J'enlevai plusieurs petits fragments de verre situés derrière la paupière inférieure; je relevai et retournai fortement la paupière supérieure; mais bien que ce moyen d'investigation eût été répété et que j'eusse promené, à diverses reprises, un linge roulé sur la conjonctive, je ne découvris plus aucun fragment. Je recommandai

à la patiente, pour calmer les douleurs, de se baigner fréquemment les yeux avec de l'eau froide.

Le lendemain à ma visite, quel ne fut pas mon étonnement d'apprendre que, depuis la veille au soir, il était sorti de derrière la paupière gauche plus de dix fragments et une paille de 12 millimètres de longueur sur 2 millimètres de largeur!

Il me fallut bien admettre que ces corps étrangers s'étaient logés au fond de l'orbite, dans l'espèce de cul-de-sac formé par la conjonctive. Je tentai de nouveau de retourner les paupières; mais elles se contractaient avec force: l'œil était d'une extrême sensibilité; j'ai pu seulement m'assurer que la cornée transparente restait à peu près saine.

D'autres fragments de vitre sont encore sortis pendant cette journée. Il en a été de même des jours suivants, et avant d'énumérer tous les corps étrangers qui ont été recueillis, je crois d'abord convenable de faire connaître ce que leur expulsion a présenté de particulier.

Les premiers jours de l'accident, un fragment de vitre se dégageait de l'orbite toutes les deux ou trois heures, et même tous les quarts d'heure, selon la dimension et la forme des corps étrangers; plus tard, la descente d'un fragment se faisait souvent attendre pendant plusieurs jours. Lorsqu'il était de grande dimension, d'une forme très-irrégulière ou à pointes acérées, de vives douleurs, siégeant principalement vers l'arcade orbitaire, annonçaient sa sortie prochaine. Plongeant alors la face dans un tonneau d'eau de pluie, ou faisant avec cette eau de nombreuses ablutions sur l'œil, déjetant la tête et les bras comme si elle eût été agitée de mouvements convulsifs, la patiente parvenait enfin, au milieu de cruelles souffrances, à dégager le fragment de derrière la voûte orbitaire et à le faire arriver jusque dans l'angle interne de l'œil, d'où il était ensuite facile de l'extraire au moyen d'une épingle à cheveux. Quelques fragments, et seulement ceux qui ont été expulsés les derniers, ont paru sortir du fond de l'orbite, en suivant le côté externe de la voûte. Ils ne parvenaient pas d'eux-mêmes jusque dans le petit angle de l'œil, mais ils restaient en quelque sorte fixés derrière l'apophyse orbitaire externe, et, pour les dégager, il fallait relever la paupière et faire usage du crochet mousse ou de tout autre instrument analogue.

Cependant la descente des fragments ne donnait pas toujours lieu à des symptômes nerveux aussi violents. Quelquefois ils étaient

expulsés du fond de l'œil pendant que la patiente était occupée à des travaux domestiques (1), et si des douleurs se faisaient sentir, c'était seulement quand un fragment approchait assez près de la paupière pour pouvoir être vu et enlevé.

Les fragments, à leur sortie de la cavité orbitaire, étaient accompagnés le plus souvent d'abondantes mucosités : tantôt il s'y joignait des stries sanguinolentes, tantôt du sang fluide en assez grande quantité, et rarement des caillots sanguins ou des matières purulentes.

Dans le principe, je n'ai pas tenu note, jour par jour, des diverses particularités qui se sont présentées. Voici ce que j'ai noté à dater du 27 mars ; les détails dans lesquels je vais entrer serviront peut-être à bien faire comprendre la marche de l'affection.

J'ai extrait ce jour un fragment quadrilatéral et de grande dimension ; depuis quarante-huit heures, de vives souffrances en annonçaient la sortie prochaine.

Quatre fragments ont pu être retirés du 31 mars au 5 avril. L'œil gauche est à peu près à l'état normal ; seulement quelques douleurs s'y font encore sentir, et la vue, de ce côté, est un peu plus trouble que d'habitude.

Le 4, j'ai aidé à la sortie d'un fragment. M'étant ensuite servi d'un élévateur de la paupière, il m'a été facile de porter un crochet mousse dans le sillon oculo-palpébral, mais sans y découvrir aucun corps étranger.

Le 5 au matin, j'ai revu la malade. Un fragment de forme triangulaire se trouvait dans l'angle interne de l'œil gauche. Cet organe était de nouveau très-douloureux et injecté.

Le même jour j'ai donné connaissance de ce fait clinique à la Société de médecine de Liége. Une commission composée de plusieurs membres, et ayant le docteur Borlée pour rapporteur, s'est rendue auprès de la malade, immédiatement après la séance. J'ai fait usage, en présence de ces confrères, du releveur et du crochet mousse, mais, de nouveau, sans pouvoir découvrir de corps étranger dans le sillon de la conjonctive.

Le 6 et le 7 avril, j'ai retiré trois fragments. Les deux premiers étaient adhérents par leur face.

Le 8, la patiente a dû sortir de l'église où elle était allée enten-

(1) Cette femme courageuse a fait presque continuellement sa besogne, bien qu'elle n'ait pu digérer qu'un peu de bouillon, les premiers jours qui ont suivi l'accident.

dre la messe, tellement elle souffrait de l'œil. Deux fragments se sont dégagés pendant cette journée.

Le 9, elle est venue dans mon cabinet, et, en présence de plusieurs personnes, j'ai retiré un fragment de vitre de l'angle interne de l'œil.

Le 10, deux fragments sont sortis : l'un, dans la matinée ; l'autre, vers le soir.

Du 11 au 16, il est sorti six fragments. J'ai retiré de l'angle interne ceux qui se sont dégagés du fond de l'orbite les 12, 14, 15 et 16. L'expulsion des trois derniers a donné lieu à une hémorrhagie assez considérable. Tous ces fragments avaient une grande dimension, à l'exception d'un seul, lequel était de forme sphérique et s'est dégagé très-difficilement.

La malade a beaucoup souffert depuis plusieurs jours. Le sommeil et l'appétit ont été presque nuls ; il y a eu de fréquents vomissements, et les jambes se sont légèrement infiltrées. Cependant elle continue à faire son service, et la cornée reste pour ainsi dire intacte. Les douleurs de l'œil n'ont plus un siége aussi étendu ; elles ont cessé en grande partie vers l'angle interne de l'arcade orbitaire.

Le 17 et le 18 avril. Trois fragments sont sortis. J'ai extrait l'un d'eux : il y a eu perte de sang et des symptômes nerveux assez intenses.

Le 21, j'ai retiré un fragment. La servante m'a dit que sa maîtresse, les jours précédents, en avait encore extrait quatre ou cinq. Tous ces fragments ont occasionné de grandes douleurs et ne sont plus dégagés, comme les précédents, par l'angle interne, mais bien par l'angle externe de l'œil.

Du 22 au 29, extraction de sept fragments, dont l'un, avant d'avoir pu être atteint, a fait souffrir cruellement pendant trois jours. J'ai extrait deux de ces corps étrangers : l'un était arrivé dans le grand angle, et l'autre en arrière de l'apophyse orbitaire externe.

Le 30, la malade se plaignait d'éprouver à la partie externe de la cavité orbitaire la sensation d'un corps étranger qu'elle croyait être un cheveu. J'ai examiné l'œil sans pouvoir rien découvrir.

Le 1er mai, un brin de foin sec a été retiré de l'angle externe de l'œil. On me l'a remis le 2. Il était rond, d'une longueur de 21 millimètres, et paraissait avoir été plié en deux.

Le 3, aucun fragment n'est sorti. La malade ne sent plus, même à la pression des doigts, aucune douleur à la partie interne de l'ar-

cade orbitaire; les environs de l'angle externe de l'œil restent seuls fort douloureux.

J'ai relevé la paupière et j'ai porté profondément une épingle à cheveux dans le sillon conjonctival; la malade m'a dit que l'instrument atteignait un corps étranger: c'était la première fois qu'elle me faisait cet aveu. Les douleurs vives qu'elle ressentit me forcèrent à retirer l'épingle; elle préférait, au reste, que les fragments se dégageassent d'eux-mêmes du fond de l'orbite.

Du 4 au 6, j'ai retiré trois fragments, dont l'un triangulaire et les deux autres quadrilatéraux. Le premier a été extrait en présence de M. le professeur de Koninck.

Le 12, j'ai retiré un petit fragment dont l'un des angles était très-pointu; cependant, en se dégageant de la cavité orbitaire, il n'a donné lieu à aucune hémorrhagie. Une indisposition m'ayant tenu alité pendant quelques jours, mes estimables confrères MM. Wasseiges et Festraerts ont bien voulu, le 15, rendre une visite à la malade. M. Wasseiges, au moyen d'une épingle à cheveux, portée vers la partie externe du sillon conjonctival, est parvenu, après plusieurs tentatives, à retirer un fragment quadrilatéral.

Le 19, j'ai aidé à faire descendre un petit fragment triangulaire, enveloppé de mucosités. L'œil est dans un état des plus satisfaisants.

En juin et au commencement de juillet, j'ai encore retiré quelques fragments de vitre de l'angle externe de l'orbite.

Depuis cette époque je n'ai plus vu la malade que de temps à autre. Elle a reçu des soins de M. le docteur J. Ansiaux, qui a extrait plusieurs autres fragments et par l'ouverture naturelle des paupières et par une incision profonde, pratiquée à la paupière supérieure, près de l'apophyse orbitaire externe. Comme cet estimable confrère se propose de publier ce qu'il a observé, il ne m'appartient pas d'entrer dans de plus longs détails sur la dernière période de l'accident.

J'ai revu Françoise Paulet le 25 décembre : elle a cessé depuis longtemps de se couvrir l'œil gauche d'un bandeau; la vue de ce côté ne paraît différer en rien de celle du côté opposé, mais elle m'a assuré que du sang était encore sorti de l'orbite, il y a environ huit jours, et qu'en outre elle continuait à ressentir, surtout pendant les efforts de toux, des battements et des douleurs lancinantes au fond de cette cavité. Y aurait-il encore des fragments dans cette

région? J'ai cru si souvent en avoir retiré le dernier, que je n'oserais rien affirmer à cet égard.

Énumérons à présent les fragments de vitre qui ont été recueillis. Ces corps étrangers, sortis tous de l'œil gauche, forment plusieurs catégories. Ainsi, j'en ai extrait avant le 29 mars. . . 30

Depuis la fin de mars. 29

L'épouse du brasseur et sa servante m'en ont remis :

1° avant le 29 mars. 106

2° Depuis la fin de mars jusqu'en juillet. 21

Total. . . 186

Ce nombre ne comprend pas les fragments extraits le jour de l'accident, ni ceux que M. le docteur J. Ansiaux a retirés depuis le mois de juillet, ni ceux qui ont dû se perdre pendant que la patiente se baignait les yeux dans le tonneau à eau de pluie. D'après ce qui m'a été assuré par plusieurs témoins dignes de foi, il serait sorti de l'œil gauche plus de deux cents morceaux de vitre.

J'ai pris, approximativement, la mesure des côtés de quelques fragments. Le tableau ci-joint pourra faire juger de leur étendue.

Tableau indiquant la longueur des côtés, prise en millimètres.

N° d'ordre.	Figure des fragments.	1er côté.	2e côté.	3e côté.	4e côté.
1°	Fragments quadrilatéraux.	12	3	12	4
2°	» »	11	5	11	3
3°	» »	10	6	10	4
4°	» »	8	7	8	3
5°	» »	7	5	6	5
6°	» »	6	8	2	8
7°	Fragments triangulaires.	11	11	6	—
8°	» »	10	10	6	—
9°	» »	12	12	3	—
10°	» »	10	10	4	—
11°	» »	6	6	4	—

D'après ce tableau, on voit aussi que la figure des fragments qui ont été mesurés était assez régulière et approchait de celle d'un parallélogramme ou d'un triangle isocèle.

Les deux carreaux brisés étaient différents de teinte et d'épaisseur. Le plus foncé avait deux millim. d'épaisseur; le plus clair, un millim.

Les 186 fragments ont pesé 186 grains (vieux poids).

Treize grands fragments de teinte plus foncée pesaient 42 grains.

Deux de ces treize fragments étaient chacun de 6 grains, et quatre autres avaient ensemble le poids de 12 grains.

La plupart de ces corps étrangers sont sortis de l'œil gauche depuis le 2 mars jusqu'au 19 mai, c'est-à-dire en 78 jours. Quelques fragments ont été expulsés pendant les mois suivants, et ce n'est qu'en septembre, après six mois de souffrances, que Françoise Paulet a paru guérie de son affection.

Il me reste à poser quelques questions : 1° Comment des éclats de vitre en aussi grande quantité, tous à formes diverses, à bords tranchants et se terminant souvent en pointes fort aiguës, ont-ils pu pénétrer à la fois dans l'une des orbites?

Je crois convenable d'indiquer certaines circonstances qui peuvent, selon moi, aider à résoudre ce problème d'oculistique : La porte était garnie de quatre carreaux de vitre, et, du côté où était la servante, d'un rideau de mousseline dont tous les angles étaient fixés par des cordons. Les deux carreaux joignant le montant libre de la porte ont seuls été brisés ; les cordons correspondants ont été arrachés, en sorte qu'après l'accident, le rideau n'était plus attaché que par deux de ses angles, l'un supérieur et l'autre inférieur. On a remarqué alors que ce voile était couvert d'un grand nombre de fragments de vitre et criblé, surtout à la partie inférieure, d'une infinité de petits trous.

Quand les carreaux se sont brisés en milliers d'éclats et que les fragments ont frappé le rideau, ne peut-on pas admettre que ce voile, sous l'action violente du vent, s'est soulevé et a formé une espèce de cornet, d'entonnoir qui a servi à diriger de nombreux fragments vers un centre commun, lequel a été par hasard l'œil gauche de la servante ?...

Cette explication, due à M. le docteur Palante, me paraît la seule admissible ; mais la chute subite de cette femme au moment de l'accident, et les mouvements spasmodiques dont elle a été agitée, ont pu aussi contribuer à faire pénétrer profondément les corps étrangers.

2° En quelle partie de la cavité orbitaire les fragments ont-ils été logés ?

Le jour de l'accident, j'attribuais les douleurs que la patiente ne cessait de ressentir, à l'irritation qui subsiste quelquefois dans l'œil, longtemps même après la sortie des corps étrangers. J'admettais que les fragments n'avaient pas pénétré au delà de la face postérieure des paupières.

Plus tard, j'ai cru que la conjonctive était demeurée intacte et que les fragments s'étaient logés dans la partie inférieure du sillon oculo-palpébral ; mais la marche ultérieure de l'affection et les expériences faites sur un cadavre par la Commission d'enquête, sont venues modifier cette explication. J'ai été porté à admettre que le sac conjonctival avait été déchiré et qu'un grand nombre de fragments s'étaient amassés au fond de la cavité orbitaire. Cette manière de considérer le fait permettait d'expliquer comment, en introduisant profondément des crochets mousses sous la paupière supérieure, le plus souvent on ne parvenait pas à y découvrir de corps étranger. Je dois en outre faire observer que maintes fois j'ai examiné, avec le plus d'attention possible, les régions frontales, sourcilières et temporales, et que rien n'a révélé l'existence de fragments dans ces régions.

3° Au lieu d'abandonner pour ainsi dire la sortie des corps étrangers aux efforts de l'organisme, n'aurais-je pas dû, pour épargner à la malade de longs jours de souffrance, me servir, avec plus de persistance, de crochets mousses, de curettes, etc., et me livrer à des recherches plus profondes?

Lamotte, Boyer et d'autres maîtres de l'art sont parvenus, en renversant fortement la paupière et en faisant usage de ces instruments, à découvrir et à retirer de l'orbite des corps étrangers qui y étaient engagés depuis quelque temps.

Je me suis servi, à diverses reprises, du releveur et du crochet mousse : il en a été question dans ce travail ; mais à chaque visite que je faisais, reconnaissant, et non sans étonnement, que la présence des fragments de vitre dans la cavité orbitaire ne donnait lieu à aucun accident grave du côté de l'encéphale ou du globe oculaire, j'ai cru prudent, après plusieurs tentatives d'extraction, de demeurer dans l'expectation et de continuer seulement les lotions d'eau froide, qui calmaient les douleurs, prévenaient les congestions et favorisaient de jour en jour le dégagement de nouveaux fragments.

N. B. Le 15 de ce mois (janvier 1850), M. le docteur J. Ansiaux a encore retiré de l'orbite gauche deux ou trois fragments de vitre.

IDENTITÉ DE L'OPHTHALMIE CONTAGIEUSE DES NOUVEAU-NÉS ET DE L'OPHTHALMIE DITE DE L'ARMÉE;

Par le docteur THIRY.

En établissant l'identité de l'ophthalmie blennorrhagique (blennorrhagie virulente conjonctivale) et de l'ophthalmie si improprement appelée ophthalmie de l'armée, nous avons laissé entrevoir que pour beaucoup de praticiens l'erreur était plutôt dans toutes ces dénominations impropres, que dans le fond même de la question. — Ces dénominations différentes ont entraîné après elles des idées différentes sur une maladie dont la nature était constamment la même. — A cause de ces dénominations, on a encore décrit sous le nom d'ophthalmie contagieuse des affections de la conjonctive qui en différaient essentiellement par leur nature, leur cause et leurs altérations. C'est ce qui est arrivé pour toutes les ophthalmies de l'armée et pour toutes les ophthalmies des nouveau-nés. D'un autre côté, dominé par cet ordre d'idées, on a créé pour chacun de ces individus, l'enfant et le soldat, des ophthalmies à part, et rarement on s'est efforcé, mettant de côté toute préoccupation systématique, de rechercher s'il n'existait point certaines corrélations intimes de nature, de causes, de symptômes, d'altérations, entre ces maladies, affectant des individus d'âge et de conditions différentes ; non, c'était un enfant, donc son ophthalmie ne pouvait avoir aucune identité avec celle d'un soldat, et réciproquement ; — cependant, si on avait voulu réfléchir, on n'aurait point tardé à s'apercevoir qu'il y avait très-souvent plusieurs points de ressemblance entre ces affections, entre autres l'essence contagieuse du mal et les altérations pathologiques qui en étaient la conséquence constante. — Nous disons qu'on aurait reconnu cela très-souvent, et non pas toujours, parce que les nouveau-nés, comme les soldats, peuvent être atteints d'autres ophthalmies que de l'ophthalmie contagieuse, chose qu'il importe de ne pas oublier, si l'on ne veut voir se reproduire toutes les erreurs du passé.

Si l'on était parti de la cause, et de son essence contagieuse, pour étudier les ophthalmies dont nous nous occupons; si, mettant de côté toutes celles qui ne se rapportaient pas à cette cause contagieuse, on s'était moins préoccupé des conditions individuelles, relatives soit à l'âge, soit à la profession, nul doute que l'on ne fût parvenu à déterminer, bien avant nous, la filiation réelle qui existe entre toutes les ophthalmies dont nous nous occupons, et

que chacune d'elles n'eût été classée d'après sa cause et ses altérations, et non point d'après certaines apparences fort trompeuses ; — nul doute que l'on n'eût reconnu qu'une *cause virulente contagieuse* devait nécessairement développer des altérations identiques, peu importe la muqueuse où cette cause avait manifesté son action contaminante ; — nul doute que sur toutes les muqueuses ces altérations n'eussent été foncièrement les mêmes, et n'eussent joui de la même propriété, c'est-à-dire de la propriété que toutes les affections contagieuses possèdent, de reproduire leur principe dans les altérations pathologiques qu'elles provoquent ; — nul doute, enfin, que l'on n'aurait plus pris pour des granulations ces hypertrophies villeuses, folliculeuses ou papillaires, si fréquentes dans toute inflammation simple de la membrane muqueuse de l'œil, et que l'on n'aurait pas confondu l'ophthalmie contagieuse avec tant d'autres ophthalmies, qui alors auraient occupé la place qui leur appartient. — La thérapeutique fût aussi devenue plus positive, moins désastreuse ; et l'on n'eût point été témoin de cette profusion de remèdes si différents, souvent si opposés, toujours très-vantés, que l'on recommande encore comme infaillibles, et qui n'ont ordinairement cette propriété que dans les mains de ceux qui les emploient. — Et pourquoi voit-on ces tentatives, entreprises dans un but très-honorable, échouer dès qu'on veut essayer une contre-épreuve ? Cela peut-il atteindre la bonne foi des hommes qui les ont proposées ? Non, cela dépend, on ne saurait le contester, de ce que, sous une dénomination unique, dont on se dissimule toute la portée, on classe des maladies diverses, qui jurent de se trouver l'une à côté de l'autre ; — c'est que souvent on vient nous dire : J'ai guéri une ophthalmie contagieuse en quinze jours, en un mois, par tel ou tel moyen, tandis que l'on a en réalité traité une conjonctivite avec engorgement, ou hypertrophie folliculeuse ou papillaire, etc., que l'on confond avec des granulations ; — la granulation était dans la pensée de l'auteur, mais non dans la conjonctive du malade. — On le voit, avec un peu d'attention, tous ces succès sont réels, mais s'expliquent, et viennent singulièrement confirmer notre manière de voir et démontrer l'importance pratique de la doctrine que nous défendons.

Nous avons déjà démontré l'identité absolue de l'ophthalmie égyptienne et de l'ophthalmie blennorrhagique virulente ; nous allons aujourd'hui essayer d'établir une troisième identité, celle de l'ophthalmie des nouveau-nés ; et il est bien entendu qu'il ne s'agit

que de l'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés. — De la sorte nous croyons faire ressortir que sous trois noms, sous trois descriptions différentes, on ne s'est en réalité occupé que d'un seul objet, d'une seule altération, émanation d'une cause unique, le muco-pus contagieux.

On entend par ophthalmie des nouveau-nés cette inflammation conjonctivale plus ou moins intense qui se manifeste chez les enfants immédiatement après la naissance, ou dans un laps de temps plus ou moins rapproché de cette époque; cette inflammation est caractérisée, comme tout le monde le sait, par des désordres d'une gravité variable, et accompagnée de l'écoulement d'une matière qui est toujours en rapport par sa quantité et ses qualités avec la nature et l'intensité des altérations développées dans les conjonctives. — Cet écoulement peut être constitué par du mucus, ou bien par du muco-pus, et posséder, suivant l'un ou l'autre de ces cas, une puissance contagieuse, ou bien n'en pas posséder du tout, et se limiter alors à une simple puissance irritante, apanage de tout produit provenant d'une inflammation qui a quelque acuité.

D'après cet énoncé bien imparfait, il est facile de comprendre que sous la désignation d'ophthalmie des nouveau-nés, on confond deux genres d'affections qui ont quelque analogie, semblent se développer dans les mêmes conditions, et qui pourtant sont essentiellement dissemblables. — Il importe donc que nous fassions ressortir immédiatement en quoi consiste cette dissemblance : cela fait, l'identité que nous recherchons apparaîtra tout naturellement sans le moindre effort.

Un enfant est atteint, immédiatement après sa naissance, d'une ophthalmie du genre de celle dont nous nous occupons ; quelle peut en être la nature? — Pour résoudre ce problème, il faut d'abord en rechercher la cause, puis confronter les symptômes qu'offrent les yeux de l'enfant avec cette cause, et voir si la conclusion qui en résulte n'a rien qui répugne à la raison, et correspond exactement aux lois établies par l'expérimentation et l'observation ; — pour arriver à ce résultat, il faut de toute nécessité que l'on ait pu explorer la mère avant l'accouchement, ou du moins quelque temps après, car c'est souvent chez elle qu'on retrouvera la cause dont nous parlons. Si, à la suite d'investigations minutieuses et complètes, on ne rencontre chez la mère aucune altération qui s'éloigne des types morbides ordinaires ; si on n'a pu constater que cette *vaginite folliculeuse* si fréquente chez les femmes grosses, et

que l'on a confondue, nous ne savons trop pourquoi, avec l'affection granuleuse; si l'on n'a constaté qu'une inflammation simple, avec développement des papilles du col utérin, ou bien des fissures à cet organe qui provoquent si souvent son engorgement, et un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, eh bien, l'ophthalmie de l'enfant qui sera né dans de telles circonstances, sera sans aucun doute une ophthalmie des nouveau-nés, mais une ophthalmie purement catarrhale, dont l'acuité sera subordonnée à la puissance irritante dont aura joui au moment du contact le mucus vulvo-vaginal ou utérin, — et à la sensibilité naturelle des conjonctives de l'enfant. Ici il n'y aura rien de contagieux, ce serait impossible, il n'y aura pas de granulations; jamais cette ophthalmie ne pourra se propager par voie de contagion, et sa guérison sera toujours facile, si, tenant compte des vérités que nous énonçons, on ne se lance point dans des médications violentes et contre-indiquées, qui parfois sont plus dangereuses que la maladie même.

— Voici maintenant les principaux caractères de cette ophthalmie inflammatoire simple catarrhale; on verra qu'ils sont en concordance parfaite avec la cause qui les a produits.

Peu de changement dans l'aspect extérieur des yeux, seulement un peu plus de tension et un peu plus de chaleur; les paupières sont rapprochées dans toute leur étendue, et les cils, le matin surtout, sont agglutinés et maintiennent fortement les paupières rapprochées; on croirait alors que le globe oculaire est fortement tuméfié, parce que la matière blennorrhoïque s'est accumulée sous les paupières et y détermine un gonflement d'autant plus prononcé que l'on est resté plus longtemps sans nettoyer les yeux de l'enfant. — Quand on presse dessus, ou qu'on écarte les paupières, on voit sortir une matière blanchâtre, constituée par du mucus plus ou moins abondant, plus ou moins irritant, qui s'étend en nappe sur la conjonctive, et qui flotte parfois en flocons au milieu des larmes qui sont alors sécrétées. — Ce mucus, dans lequel on rencontre un plus ou moins grand nombre de globules inflammatoires, n'irrite aucunement les parties environnantes; — le globe de l'œil est sain, — la muqueuse conjonctivale peut présenter plusieurs teintes; on remarque souvent une injection légère des capillaires de la conjonctive, mais parfois on remarque aussi une injection rouge très-serrée, qui peut aller jusqu'à constituer une véritable plaque inflammatoire; — d'autres fois on observe vers le limbe de

la conjonctive une nuance jaunâtre irrégulière qui dépend du gonflement des follicules de Méïbomius ; enfin les papilles muqueuses de la conjonctive du tarse et les follicules de la conjonctive rétro-tarsienne peuvent offrir un développement plus ou moins marqué ; — dans ces derniers cas, l'écoulement est toujours très-abondant. — Rarement on voit se produire un chémosis ; le plus souvent même la conjonctive oculaire reste saine.

Comme on le voit d'après cette description exacte des principaux symptômes de cette ophthalmie des nouveau-nés, il n'y a rien qui ne s'explique parfaitement par la cause que nous avons indiquée ; principe et conséquence, tout est en rapport direct ; en vain on voudrait rechercher des granulations et un principe contagieux, on ne les trouverait pas ; — cependant les apparences, lorsque l'on se contente d'un examen superficiel, sembleraient établir le contraire.

Passons à l'examen de la deuxième variété : — ici notre démonstration ne sera ni moins complète, ni moins exacte.

Au moment de la naissance, ou peu de temps après, un enfant est également atteint d'une ophthalmie dite des nouveau-nés ; mais ici on observe les symptômes suivants (nous supposons deux yeux également entrepris, quoiqu'à la rigueur un seul puisse l'être, du moins au début) : Les paupières sont fortement tuméfiées, présentent de la tension, de la chaleur, et parfois une teinte d'un rouge foncé ; les bords libres des paupières, si l'inflammation est immédiatement très-intense, sont plus ou moins retournés en dehors ; les cils sont agglutinés en pinceaux, phénomène qui donne aux yeux une apparence singulière ; — il s'écoule, surtout le matin, sous forme de *gouttelettes*, une matière muco-purulente, qui sort du grand angle de l'œil, et s'étend le long des ailes du nez qu'elle irrite et qu'elle excorie ; ce muco-pus est tellement abondant, et se reproduit avec une telle rapidité, qu'il imprègne en un instant tous les linges dont on se sert et y laisse de larges taches qui les pénètrent et les empèsent comme le ferait la sécrétion d'un vésicatoire récent. — Si on renverse les paupières, on remarque un boursouflement considérable des conjonctives, qui sont saignantes au moindre contact ; on ne retrouve plus de trace de vascularisation distincte ; la muqueuse a augmenté d'épaisseur, elle se recouvre de pus ; — les conjonctives ont une coloration rouge foncé, l'épithélium a disparu, la conjonctive oculaire participe à l'inflammation, il y a un chémosis plus ou moins prononcé qui peut comprimer l'œil et le faire éclater en peu d'instants ; — bref, on observe tous

les symptômes que nous avons déjà signalés. Dans ce cas, on doit en convenir, il y a une différence énorme avec la première variété que nous avons décrite. — Dans le premier cas, nous avions les symptômes d'une phlegmasie intense sans doute, mais enfin c'était une phlegmasie à marche régulière, qui se développait dans les tissus normaux sans y apporter la moindre transformation organique en dehors des caractères de l'inflammation simple ; les tissus étaient enflammés, les fonctions de ces tissus ou de certaines parties de ces tissus étaient altérées, exagérées en raison de l'intensité inflammatoire, c'est évident ; mais tout se bornait là, et cette inflammation suivait une marche régulière pour arriver à une terminaison quelconque. — Ici tout est différent. Dès son début, la maladie présente le plus haut degré d'intensité ; immédiatement les désordres les plus graves, inexplicables au moyen d'une cause ordinaire, se manifestent ; la muqueuse conjonctivale se transforme, ses parties intégrantes disparaissent pour faire place à des modifications spéciales.

Ces modifications spéciales ne sont rien autre que des *granulations,* telles que nous les avons décrites, et qui en présentent la marche, la structure et toutes les propriétés. — La seule différence que l'observateur consciencieux puisse établir, c'est qu'ici les granulations affectent un nouveau-né, et qu'en raison de cet âge, il est certaines conditions toutes particulières qu'il ne faut point perdre de vue.

Par ce qui précède, il nous paraît suffisamment établi que cette variété d'*ophthalmie des nouveau-nés* n'est rien autre que l'ophthalmie contagieuse qui a sévi dans l'armée, n'est rien autre que l'ophthalmie blennorrhagique contagieuse virulente ; les symptômes, les altérations pathologiques qui la caractérisent, le prouvent surabondamment. — Pour terminer notre tâche, nous allons démontrer que cette ophthalmie des nouveau-nés est due à la même cause contagieuse et qu'elle entraîne les mêmes conséquences que l'ophthalmie égyptienne.

En général, le principe contagieux de cette ophthalmie doit être recherché chez la mère de l'enfant. — Eh bien ! nous disons qu'immanquablement on retrouvera chez la mère ce principe contagieux, si on la soumet à des investigations minutieuses ; — on le retrouvera aussi sûrement, qu'on le retrouve lorsque l'on est à la recherche de la cause de l'ophthalmie égyptienne. — Il n'en peut être autrement, car dans ces deux cas, ce sont les mêmes lois qui

président au développement de la maladie, en un mot c'est la même maladie. — Chaque fois que nous avons été à même de remonter à la cause de la conjonctivite dont il est ici question, nous avons invariablement retrouvé chez la mère des granulations, soit au col utérin, soit dans l'urèthre, soit enfin à l'orifice des canaux des deux glandes vaginales, etc. — Nous parlerons sous peu de ces granulations utérines, qui sont à la muqueuse de cet organe ce qu'elles sont à la muqueuse conjonctivale.

En nous résumant, il nous semble que l'identité que nous recherchions entre l'ophthalmie égyptienne, dite des camps, de l'armée, et l'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés, est incontestable; — dans les deux cas nous retrouvons le même muco-pus contagieux et les mêmes altérations pathologiques qui reproduisent à l'infini ce muco-pus. Ce principe contaminant, ainsi que les altérations qui en sont la suite, offrent dans les deux cas le même mode de propagation, la même gravité et la même difficulté de guérison.

Mais, nous objectera-t-on, quelles sont les preuves qui vous autorisent à établir cette identité absolue? Nos preuves, nous pourrions nous borner à dire qu'elles nous sont fournies par l'observation de chaque jour, par l'examen attentif des lésions anatomiques, par la marche et la gravité toute particulières de la maladie; mais nous irons plus loin, nous invoquerons, à l'appui de ce que nous avons avancé, l'expérimentation directe. Que l'on prenne le muco-pus d'une conjonctivite contagieuse des nouveau-nés produite dans les conditions que nous avons indiquées, qu'on le dépose sur la conjonctive saine d'un soldat, et on verra immanquablement se développer, si rien ne vient s'opposer à l'action pathogénique spéciale du virus, une ophthalmie en tout semblable à celle qui lui a donné naissance, une ophthalmie granuleuse de l'armée, une ophthalmie égyptienne enfin, qui sera diagnostiquée comme telle par tous les praticiens. — On ne fait pas de telles expériences, nous dira-t-on; — c'est vrai, mais le hasard en présente quelquefois. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, nous avons vu un enfant atteint d'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés la propager à une personne qui le soignait, et cette personne la propager à son tour à un troisième individu; ces trois victimes, d'âge, de sexe différents, présentaient uniformément les mêmes symptômes, les mêmes altérations; en un mot, elles présentaient l'ophthalmie granuleuse la mieux caractérisée. Enfin, si on dépose le muco-pus contagieux

provenant d'une conjonctivite des nouveau-nés, sur la muqueuse saine du col utérin, on verra également se produire, sous l'action contaminante de ce muco-pus, des granulations parfaitement caractérisées, qui à leur tour reproduiront la cause contagieuse qui leur a donné naissance.

L'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés, comme l'ophthalmie blennorrhagique virulente, est donc entièrement identique avec l'ophthalmie des camps.—Toutes trois reconnaissent le même principe et amènent infailliblement les mêmes altérations ; — toutes trois réclament les mêmes indications thérapeutiques ; — seulement, lorsqu'il s'agira d'un enfant en bas âge, on fera attention que l'on doit prendre des précautions toutes particulières et qui sont relatives à l'âge du sujet, comme elles peuvent l'être à son tempérament et à ses dispositions constitutionnelles. Il est entendu que dans l'ophthalmie des nouveau-nés, la syphilis ne joue aucun rôle ; si elle existait, on ne devrait la considérer que comme une complication.

DE LA CAUTÉRISATION DES FOSSES NASALES DANS LES OPHTHALMIES CHRONIQUES ;

Par le docteur TAVIGNOT,

Ex-chef de clinique des maladies des yeux, à l'hôpital de la Pitié.

Je crois que l'idée première qui a conduit M. Morand, de Tours, à pratiquer, en 1841, la cautérisation des fosses nasales dans l'ophthalmie scrofuleuse (1) n'est pas exacte dans la très-grande majorité des cas, bien que la méthode révulsive qu'il préconise nous ait paru excellente à conserver. En effet, M. Morand, pour justifier en quelque sorte ses succès, a cru devoir les expliquer de la manière suivante : il invoque d'abord la coïncidence fréquente, selon lui, de l'inflammation catarrhale des fosses nasales et de l'ophthalmie scrofuleuse ; puis il établit, entre ces deux affections, des rapports si intimes, qu'il explique le développement de l'ophthalmie scrofuleuse par l'extension du coryza à la muqueuse oculaire à travers les voies lacrymales.

Dans cette théorie, le catarrhe du nez étant considéré comme le foyer duquel s'irradie l'inflammation de l'œil, rien n'était plus rationnel que le traitement préconisé par M. Morand : traitement qui consiste à détruire le mal dans sa racine.

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XI, pp. 231 et 280, vol. XIV, p. 36.

Mais voici ce qui est avenu : on n'a pas tardé à reconnaître que la coïncidence du catarrhe nasal et de l'ophthalmie scrofuleuse était beaucoup moins fréquente que ne l'avait cru l'honorable médecin de Tours ; M. Morand fit lui-même quelques concessions à cet égard dans une lettre qu'il publia postérieurement à son mémoire. Ensuite, le mode de développement de l'ophthalmie scrofuleuse indiqué par l'auteur dut paraître à peu près inadmissible pour deux raisons : la première, par l'absence très-fréquente du catarrhe nasal ; la deuxième, à cause de la nature différente des deux maladies ; car l'ophthalmie scrofuleuse n'est rien moins qu'une affection catarrhale, à l'instar du coryza. Je pourrais ajouter à ces deux motifs un troisième qui s'élève également contre le mode de transmission de la maladie du nez à l'œil par les voies lacrymales, c'est l'absence même d'inflammation du canal nasal et du sac lacrymal.

En définitive, la théorie de M. Morand ne valant rien, on a rejeté sa méthode de traitement qui nous paraît bonne. On aurait beaucoup mieux fait d'accepter la méthode et de rejeter la théorie.

Pour moi, la cautérisation des fosses nasales dans l'ophthalmie scrofuleuse est susceptible de recevoir une application beaucoup plus générale ; interprétée comme elle doit l'être, c'est-à-dire comme une extension de la *méthode révulsive,* elle m'a paru, dans beaucoup de cas, supérieure aux moyens analogues employés jusqu'à présent : les vésicatoires, par exemple.

J'ai cru en trouver la raison dans l'explication suivante :

La méthode révulsive, considérée d'une manière générale, n'est efficace qu'à deux conditions : la première, que le tissu sain sur lequel est appliqué l'agent révulsif, ait la plus grande analogie possible avec le tissu malade (car les révulsifs n'agissent qu'en mettant en jeu les sympathies organiques, et celles-ci sont d'autant plus actives que les tissus sont plus analogues) ; la deuxième, que l'agent révulsif soit placé le plus près possible de l'organe malade. L'une et l'autre de ces conditions sont remplies dans la méthode révulsive appliquée aux fosses nasales. Rien ne s'oppose, d'ailleurs, à ce que l'on combine les deux révulsions (cutanée et muqueuse), dans les cas graves ou rebelles ; nous l'avons fait plusieurs fois avec succès.

La méthode révulsive *muqueuse,* comme la méthode révulsive *cutanée,* ne me paraît pas devoir être appliquée empiriquement à

toutes les périodes de la maladie, car lorsque l'ophthalmie scrofuleuse offre un certain degré d'acuité, elle peut augmenter le mal au lieu de l'améliorer : ce n'est qu'après avoir, par des moyens appropriés, amené l'œil à un degré de vitalité morbide inférieur à celui que l'on désigne par le nom d'état aigu, que les moyens révulsifs peuvent agir avec quelque efficacité. Dès l'année 1844, M. le professeur Aug. Bérard et moi avons employé, à l'hôpital de la Pitié, les révulsifs sur la muqueuse nasale dans bon nombre d'ophthalmies scrofuleuses, ou même d'affections chroniques des yeux d'une autre nature; les résultats obtenus nous ont paru généralement très-satisfaisants, soit que l'on ait mis en usage les cautérisations répétées de la membrane de Schneider avec le crayon de nitrate d'argent, comme l'indique M. Morand, soit que l'on ait employé la pommade au nitrate d'argent, d'après la formule suivante :

Axonge	10 grammes.
Nitrate d'argent	1 gramme.

Depuis lors, j'ai employé assez souvent la méthode précédente combinée ainsi qu'il suit : les huit premiers jours, on cautérise tous les jours la muqueuse nasale du côté correspondant à l'œil malade, s'il n'y en a qu'un; à l'œil le plus malade, si les deux yeux sont affectés; ensuite, on substitue aux cautérisations directes l'emploi de la pommade au nitrate d'argent. Le meilleur moyen de faire pénétrer cette pommade dans les fosses nasales est d'en introduire une certaine quantité dans un tuyau de plume percé à ses deux extrémités; puis, le malade étant couché, on chasse la pommade du tuyau de plume, préalablement placé dans la fosse nasale, à l'aide d'un petit cylindre en bois introduit dans l'extrémité libre du tuyau. Ce moyen, très-simple, a été indiqué par M. Morand lui-même.

Dans ces derniers temps, j'ai modifié la méthode précédente, que je réserve seulement pour les jeunes sujets qui ne sauraient faire usage de la nouvelle. Aux cautérisations et à la pommade, j'ai substitué une poudre composée d'une substance inerte, à laquelle j'ajoute un corps astringent ou caustique, et dans des proportions variables, selon les différents cas. Le malade prise lui-même cette poudre avec la plus grande facilité. Ce mode d'administration du médicament, excessivement simple, comme on le voit, a l'avantage de faire pénétrer l'agent révulsif profondément, et de l'étendre presque également dans toutes les anfractuosités de la muqueuse des fosses nasales.

Dans ces essais, déjà assez nombreux, j'ai beaucoup varié la nature des substances employées, ainsi que leurs proportions. Voici celles dont l'action m'a paru produire les meilleurs résultats :

Pr. Poudre d'iris,	30 grammes.
Sulfate de zinc,	2 grammes.
Camphre,	1 gramme.

A prendre cinq à six prises dans la journée. On obtient ainsi une sorte d'inflammation érythémateuse de la muqueuse nasale, qui peut suffire dans les cas légers. Si l'on veut obtenir un effet plus prononcé, il faut porter la dose du sulfate de zinc à 4 et même à 8 grammes pour la même quantité de poudre d'iris.

J'ai également employé le sulfate de cuivre aux mêmes doses que le sulfate de zinc.

Voici une poudre plus active que les précédentes :

Pr. Poudre d'iris,	30 grammes.
Nitrate d'argent pulvérisé,	2 grammes.
Camphre,	1 gramme.

L'action révulsive est, d'ordinaire, suffisante à cette dose. On pourrait l'augmenter sans inconvénient, mais en ayant soin de ne pas l'employer d'une manière aussi continue. Trois prises sont suffisantes.

Enfin, j'ai mis en usage, plusieurs fois, la poudre suivante :

Pr. Poudre d'iris,	30 grammes.
Nitrate d'argent pulvérisé,	1 gramme.
Camphre,	2 grammes.
Une, puis deux prises par jour.	

Ce n'est qu'en examinant avec soin les effets produits, que l'on peut augmenter ou diminuer soit le nombre des prises, soit la quantité du principe actif de la poudre. Ces effets sont loin d'être toujours les mêmes.

Les médecins, même les plus étrangers à l'étude des maladies des yeux, trouveront, j'ose l'espérer, dans ce court résumé d'une pratique spéciale et assez étendue, des indications suffisantes pour expérimenter eux-mêmes une médication à la fois si simple et si efficace.

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE BRABANT.

Compte rendu du 10 septembre 1849 au 30 avril 1850 (*).

« Dans sa séance du 6 juillet dernier, le conseil a autorisé la députation permanente à décréter les mesures nécessaires pour fonder un institut ophthalmique provincial.

(*) Extrait de l'*Exposé de la situation administrative de la province de Brabant*

» Un subside de 3,000 francs a été accordé par l'État, sur le budget du département de la justice. De son côté, le conseil a voté un subside de 1,400 fr. au budget de 1850 et un transfert de 1,000 fr. au budget de 1849. Les ressources pour frais de premier établissement ont ainsi été portées à 5,400 fr.

» Une commission nommée par nous fut chargée d'examiner, de concert avec M. le docteur Cunier, appelé à diriger l'institut, quel était le nombre de lits à établir et quelles étaient les dépenses qui devaient être immédiatement faites pour l'appropriation et l'ameublement du local mis à la disposition de la province, pour un terme de trois ans, par le conseil général des hospices et secours de la ville de Bruxelles.

» La commission reconnut, par l'examen du budget de ménage qui lui avait été présenté, que pour administrer l'institut avec la certitude de n'avoir pas de déficit, il fallait créer au moins 30 lits, nombre de beaucoup inférieur aux besoins, mais qu'on ne pouvait dépasser avec les allocations accordées.

» Les frais de réparation et d'appropriation du local avaient été évalués par l'architecte à 1,450 fr.; une somme de 3,841 fr. était estimée nécessaire pour l'achat du mobilier, et 2,000 fr. au moins devaient être réservés pour constituer un fonds de roulement pour avances à faire au ménage. Les ressources dont on pouvait disposer ne permettant pas de faire immédiatement toutes ces dépenses, la commission proposa d'opérer une réduction momentanée de plus de moitié sur les travaux à exécuter et de s'adresser au dépôt de mendicité de la Cambre pour l'achat de la plus grande partie du mobilier, avec faculté de ne payer qu'en 1850.

» Le prix de la journée d'entretien était fixé à un franc.

» Ces propositions ayant été approuvées par nous, un règlement provisoire d'administration fut arrêté, et une commission administrative, composée de MM. Fontainas et Van Parys, membres du conseil provincial, et Fransman, membre de notre collége, fut nommée.

» Cette commission élut pour son président M. Fransman, et, sur sa proposition, nous lui adjoignîmes un secrétaire-trésorier jouissant d'une indemnité annuelle de 200 francs. Ce comptable a fourni un cautionnement de 500 fr.

fait au Conseil par la députation permanente. Session de 1850. — Bruxelles, 1850, impr. de la veuve Wouters, pp. 85-96.

» Nous donnons ici l'extrait d'une note et d'un rapport qui nous ont été adressés par la commission administrative :

« Le nombre des malades admis en traitement à l'institut depuis » le 10 septembre 1849, date de l'ouverture de l'établissement, jus- » qu'au 30 avril 1850, s'est élevé à 195. Le tableau n° XVIII des » annexes indique comment ces malades sont répartis quant aux » localités dans lesquelles ils avaient leur domicile de secours ; la » récapitulation donne le résultat suivant :

	Indigents.	Payants.
» Arrondissement de Bruxelles.	80	8
id. de Louvain	21	3
id. de Nivelles	50	»
» Étrangers à la province de Brabant.	16	12
» Étrangers au royaume (Hollandais).	»	5
	167	28
	195	

» Le tableau suivant fait ressortir le degré de gravité des affections oculaires auxquelles étaient en proie ces 195 malades.

	Entrés depuis le 10 sept. 1849.	Sortis guéris.	Sortis sensiblement améliorés.	Sortis non guéris.	Morts.	Restant en traitement le 30 avril 1850.
Aveugles.	46	28	8	5	1 (1).	4
Presque aveugles.	60	31	14	»	»	15
Borgnes.	4	3	»	»	»	1
Incapables de travail et menacés de cécité.	65	52	7	1	»	5
Éprouvant une gêne considérable pendant le travail.	16	12	1	»	»	3
Atteints de maladies des annexes des yeux.	4	3	1	»	»	»
	195	129	31	6	1	28
		195				

(1) Enfant atteint de cécité, suite d'ophthalmie scrofuleuse. Guéri et désigné comme sortant, il a été pris tout à coup de convulsions qui se sont terminées par la mort.

» Les diverses maladies traitées depuis l'ouverture de l'institut » jusqu'au 30 avril sont ainsi renseignées :

NATURE DE LA MALADIE.		Nombre des malades survenus depuis le 10 sept. 1849.	Sortis guéris.	Sortis sensiblement améliorés.	Sortis non guéris.	Morts.	Restant en traitement le 1er mai 1850.
Opthalmie granuleuse, dite militaire ou contagieuse.	Chronique.	30	28	»	»	»	2
	Sub-aiguë.	30	27	1	»	»	2
	Aiguë.	24	14	5	»	»	5
Affections consécutives à l'ophthalmie militaire.		64	31	19	3	»	11
Ophthalmie gonorrhoïque.		1	1	»	»	»	»
» scrofuleuse		7	4	»	»	1	2
» scrofuloso-arthritique.		4	2	1	»	»	1
» catarrho-scrofuleuse		1	1	»	»	»	»
» catarrho-rhumatismale.		3	3	»	»	»	»
» catarrho-arthritique		1	»	»	»	»	1
» des nourrices.		1	1	»	»	»	»
» érysipélateuse.		1	1	»	»	»	»
Cataracte.		15	11	1	1	»	2
Choroïdite chronique.		2	»	1	»	»	1
Aquo-capsulite.		1	1	»	»	»	»
Occlusion pupillaire.		5	2	»	2	»	1
Amaurose complète		1	»	1	»	»	»
Paralysie de la 3me paire.		1	»	1	»	»	»
Symblépharon		1	»	1	»	»	»
Destruction de la paupière supérieure		1	1	»	»	»	»
Fistule lacrymale.		1	1	»	»	»	»
		195	129	31	6	1	28

» Les chiffres qui viennent d'être exposés font ressortir on ne » saurait plus heureusement les services importants que les com- » munes, et en particulier les communes rurales, retireront de » l'établissement qui a été créé par la province.

» Le dernier tableau montre que de toutes les maladies reçues » en traitement, l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse a été la » plus fréquente : 84 personnes en étaient atteintes, savoir : 30 à la » période chronique, 30 à la période sub-aiguë, 24 à la période

» aiguë. 64 étaient atteintes d'affections consécutives à cette » ophthalmie ; ces dernières figurent en majeure partie dans les » catégories des *aveugles* et des *presque aveugles*.

» Le fait dont la relation suit fera connaître comment se con- » duit parfois cette terrible maladie, et avec quelle promptitude » elle peut réduire à la cécité tous les membres d'une famille, » lorsque des soins convenables ne sont pas administrés à temps.

» Le nommé Stroobants, Jean-Baptiste, âgé de 50 ans, maçon à » Watermael-Boitsfort, faisait partie, en 1846, d'une brigade de » maçons travaillant aux constructions de l'Entrepôt ; atteint » d'ophthalmie militaire sub-aiguë, il est venu réclamer les soins » du chirurgien de l'institut ophthalmique, avec un nommé » Roeykens, soldat récemment congédié, qui l'avait infecté, et trois » autres ouvriers. Hors d'état de travailler, il est retourné chez lui, » où il n'a pas tardé de communiquer la maladie à sa femme, à ses » deux fils et à ses deux filles. Tous six ont continué de souffrir » d'ophthalmie chronique, jusqu'en septembre dernier, que le mal » revêtit tout à coup, chez cinq, les caractères de la plus haute » acuité. Le 21 septembre, Stroobants père, et son fils François, âgé » de 25 ans, durent être admis par urgence à l'institut ophthal- » mique. Il y avait menace de rupture des deux globes chez le » père, et cet accident est malheureusement survenu peu d'heures » après l'admission. L'état du fils était excessivement grave ; déjà » l'œil droit était détruit.

» Deux jours plus tard, arrivèrent la mère et les deux filles ; ces » deux dernières avaient chacune un œil détruit : l'une l'œil droit, » l'autre l'œil gauche ; l'œil gauche de la mère était gravement » compromis.

» Le traitement institué eut heureusement pour résultat de sau- » ver les deux yeux de la mère et de préserver d'une perte immi- » nente un œil chez le fils et les deux filles.

» Le dernier fils de Stroobants, admis plus tard à l'institut, en » est sorti radicalement guéri.

» Quatre exemples analogues à celui qui vient d'être cité se sont » produits depuis la création de l'institut ; fort heureusement, » moins de temps avait été perdu en expectation ou en médications » intempestives ; à l'exception de deux hommes, entrés avec des » lésions déjà produites à un œil, aucun accident n'a dû être » déploré.

» L'ophthalmie dite militaire ou granuleuse ne pouvant être ré-

» putée guérie qu'après que l'on a obtenu la disparition complète » des granulations qui caractérisent cette maladie, le chirurgien » en chef de l'institut a compris dans la catégorie des *sortis sensi-* » *blement améliorés* quatre malades chez lesquels des accidents » graves avaient été sur le point de survenir; tous les quatre sont » demeurés capables de travail et achèvent à la consultation gra- » tuite leur cure radicale.

» Nous devons faire remarquer qu'au nombre des aveugles sortis » *non guéris,* se trouvaient trois victimes de l'ophthalmie militaire » envoyées par le département de la justice et des administrations » communales, à l'effet de faire constater l'incurabilité des lésions » oculaires dont elles étaient atteintes, et que parmi ceux *sortis* » *sensiblement améliorés,* figurent quatre malheureux envoyés par » des administrations ayant reçu des subsides du département de » la justice. Bien que leur cécité fût incurable, un traitement a » néanmoins dû être institué à l'effet de détruire les granulations » conjonctivales qu'ils portaient, et de rendre ainsi impossible la » communication à d'autres individus, du mal dont ils conservaient » le germe.

» Quinze malades atteints de la cataracte ont été opérés; 11 ont » récupéré une vision qui leur permettra de reprendre le travail; » chez deux, venus de la Hollande, les chances de succès étaient » pour ainsi dire nulles et l'opération n'a été tentée que sur les vives » sollicitations des parents : l'un d'eux a récupéré un certain degré » de vision, que des complications graves auront sans doute bien- » tôt annihilé; l'autre n'en a retiré aucun résultat. Deux femmes, » récemment opérées, demeuraient en traitement le 30 avril; » le retour de la faculté visuelle était assuré chez l'une et chez » l'autre.

» L'opération de la pupille artificielle a été instituée 11 fois; elle » a été couronnée 6 fois du succès le plus satisfaisant, et 2 fois » d'un demi-succès, les deux aveugles n'ayant récupéré qu'un de- » gré de vision suffisant à peine pour se conduire. Les 3 cas d'in- » succès se rapportent d'une part à une fille opérée à la sollicitation » de la commission des hospices de la ville d'Anvers, d'autre part » à deux femmes aveugles, pour le traitement desquelles le dépar- » tement de la justice avait alloué les fonds nécessaires et qui figu- » rent parmi les *sensiblement améliorés*, puisqu'elles ont été débar- » rassées des granulations qui avaient motivé leur admission à l'in- » stitut. Chez toutes trois, le peu de chances de succès était prévu,

» et la tentative opératoire n'a eu lieu que par suite d'une espèce » d'acquit de conscience de la part du chirurgien en chef.

» Les 6 aveugles auxquels l'opération de la pupille artificielle a » rendu la vue, étaient des victimes de l'ophthalmie militaire.

» Les autres opérations pratiquées ont été, indépendamment des » scarifications, cautérisations, etc., 2 amputations partielles du » globe de l'œil, 5 opérations de trichiasis, 5 d'entropion, 2 de » fistule lacrymale, 1 de symblépharon. Une restauration de la » paupière supérieure, tentée par le chirurgien adjoint, M. le doc- » teur Joseph Bosch, a fourni un résultat fort avantageux. »

» Il est de notre devoir de reconnaître la sollicitude empressée avec laquelle le département de la justice vient au secours des victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, soit par des allocations mises à la disposition des bureaux de bienfaisance, soit par des subsides destinés à aider les communes à supporter les frais de traitement de leurs indigents à l'institut ophthalmique provincial, lorsque le cas est encore curable ou susceptible d'amélioration. Les faits ont maintenant démontré de la manière la plus patente toute l'efficacité de ce dernier mode de secours, au point de vue de l'extinction de l'ophthalmie militaire, aujourd'hui si répandue dans la population.

» Une visite annuelle dans les chefs-lieux de canton et une consultation gratuite ont été instituées par le règlement de l'institut.

» Le soin de la consultation gratuite est plus particulièrement réservé au chirurgien adjoint. Il conste de son rapport qu'il a été inscrit en 1849 (ce rapport est annuel) 1,120 cas de maladies oculaires, pour lesquelles il a été donné environ 3,000 consultations gratuites.

» Les maladies qui se sont montrées les plus fréquentes ont été les ophthalmies militaires (208, nombre auquel il faut ajouter 40 cas de pannus vasculaire déterminé par cette maladie), les ophthalmies scrofuleuses et les ophthalmies catarrhales et catarrho-rhumatismales (133).

» Diverses opérations ont été pratiquées pendant l'année, ce sont :

» Deux opérations de pupille artificielle ;
» Six opérations d'entropion ;
» Trois ouvertures d'abcès ;
» Trois opérations de fistule lacrymale ;
» Huit extractions de corps étrangers fixés dans la cornée ;
» Et quelques autres opérations moins importantes.

» Le nombre des malades qui se sont présentés à la visite de M. le docteur Cunier, dans les chefs-lieux de canton, s'est élevé à 476. Il a été pris note de 51 individus dont l'état exigeait l'admission plus ou moins prompte à l'institut ; la plupart y ont été reçus déjà. Les renseignements recueillis sur les lieux ont permis d'appuyer et de faire accueillir des demandes de secours et de subsides en faveur de 37 victimes de l'ophthalmie militaire. Les cantons qui n'ont pu être visités l'année dernière le seront très-prochainement.

» Les résultats ont été aussi satisfaisants sous le rapport administratif et financier que sous le rapport médico-chirurgical ; ils ont confirmé de tout point les assurances données par les conseillers provinciaux signataires de la proposition de créer un institut ophthalmique..... »

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE PORTUGAISE.

LETTRE ADRESSÉE AU DOCTEUR *FLORENT CUNIER*,

par le docteur J.-J. de SIMAS, de Lisbonne.

MON TRÈS-CHER CONFRÈRE,

Si je ne vous savais aussi ..... que vous êtes ..... et aussi ... . que je vous ai connu à Montpellier et à Paris, je ne prendrais certainement pas la liberté de vous écrire avec un sans-façon qui doit sans doute vous étonner ; mais peut-on décemment vous oublier et ne pas penser à vous quand il s'agit de l'ophthalmie militaire, que votre infatigable talent a toujours soignée *en enfant gâté ?* Ne fût-ce qu'à titre de vieille connaissance, je ne le pouvais faire sans encourir un grave reproche de votre part. Or, c'est là mon excuse, que, j'espère, vous ne trouverez pas mauvaise.

Par les *rapports* des docteurs Pulido et Beirão et des deux chirurgiens Moreira et Seixas, il vous a été facile de voir que ces messieurs ne sont nullement d'accord sur la nature, la marche, l'intensité et l'extension de l'ophthalmie qui sévit parmi les troupes de notre garnison depuis bientôt un an. Mais ce que vous ne pouvez certainement pas savoir, c'est qu'à la suite de la publication officielle de ces *rapports*, une polémique tellement vive s'est élevée, que la Société des sciences médicales a cru devoir intervenir, à mon invitation, dans ce débat, en nommant une commission à l'effet d'étudier l'ophthalmie en question. C'était en effet le seul moyen de savoir de quel côté

était la vérité et de rendre clair ce que la polémique embrouillait chaque jour davantage.

C'est le professeur Magalhães Continho, le docteur Guerreiro et moi, qui avons été chargé de cette mission aussi délicate qu'elle était honorable, et que nous avons accomplie tant bien que mal, ce dont fait preuve le *rapport* que je joins à cette lettre, et qui va être discuté prochainement devant la société.

Il faut vous dire, cher confrère, que dans les *Rapports* que vous avez sans doute entre les mains, tout a été exagéré plus ou moins, tant d'un côté que de l'autre. Jamais on n'a observé de granulations sur toute l'étendue de la conjonctive, pas plus que des ulcérations en quelque endroit que ce fût. La terminaison de l'ophthalmie ne se trouve pas non plus être la suppuration de l'œil, puisque ce fait, facile à constater s'il était rare, mais plus facile encore s'il était fréquent, n'a été vu nulle part.

Il n'est pas vrai non plus que cette ophthalmie soit simplement catarrhale et bénigne, puisqu'elle résiste avec opiniâtreté à tous les traitements, y compris les attouchements de la conjonctive granuleuse avec la pierre infernale. De plus, nous avons déjà des hommes hors de service, des invalides pour cause de cécité plus ou moins complète; leur nombre cependant ne s'élève pas au delà de 8 à 10, sur un total de 400 ophthalmiques. — Il y a en à peu près autant qui ne voient que d'un œil seulement.

Comme vous voyez, de part et d'autre, on a un peu exagéré le tableau tant en bien qu'en mal; ce qui n'empêche nullement que nous n'ayons affaire à l'ophthalmie militaire.

Voici maintenant ce que j'ai pu observer après la publication de notre rapport et dont je m'empresse de vous faire part, car je tiens à poursuivre toutes les analogies que peut avoir notre ophthalmie avec la vôtre.

Jamais il ne m'a été possible de rencontrer des granulations autrement que sur une conjonctive à fond rouge, et plus ou moins tuméfiée. Leur siége de préférence était la paupière inférieure, et le début avait toujours lieu par l'*adnata bulbi*. Le caractère de ces granulations est souvent évidemment vésiculeux, car j'en ai piqué avec une aiguille quelques-unes, qui se sont affaissées sur-le-champ et dont il est sorti un liquide légèrement transparent.

Le fait du début de la granulation vésiculeuse par le *repli*, pour la paupière supérieure, est pour moi hors de toute contestation. Mais pour la paupière inférieure, voici ce que j'ai remarqué plus

d'une fois. On peut trouver dans la membrane du *repli* des granulations sans qu'il y en ait en même temps dans la conjonctive du tarse, tandis que, toutes les fois qu'on en rencontre dans celle-ci, on est sûr d'en trouver dans celle-là.

La granulation tarsienne n'est pas vésiculeuse, et ressemble parfaitement certaines fois à des bourgeons charnus, etc., etc.

Il est inutile, cher confrère, que je vous entretienne davantage à cet égard, puisque je me propose de ne pas rester indifférent à l'étude de cette ophthalmie.

Vous parlerai-je de la contagion? Nous ne nous sommes prononcés que d'après les faits que nous avons recueillis ; mais notre opinion n'est pas définitive. Peut-être sera-t-elle modifiée par la marche et l'étude plus suivie de cette maladie ; toujours est-il que, pour le moment, nous ne pouvons parler que le langage des faits, qui ne nous permettent pas d'accepter votre hypothèse sur le caractère de contagion absolue de l'ophthalmie militaire.

Je serai cependant heureux, cher confrère, si, daignant me répondre (toute voie est bonne), vous pouvez me démontrer que je suis dans l'erreur.

Il va sans dire que j'ai jugé secondaire la question de l'importation de la maladie, et que je ne lui ai pas accordé plus d'importance qu'elle n'en a en réalité, tout en me promettant de vous faire part de tout document traditionnel ou écrit que je pourrai me procurer sur le point intéressant de l'histoire de l'ophthalmie militaire.

En voilà assez, si je ne me trompe, cher confrère. Il me reste maintenant à vous prier, puisque je n'ai pu vous oublier, de ne pas oublier non plus que c'est un Portugais qui vous écrit en français, et qu'il a par conséquent le droit de réclamer pour lui toute votre indulgence. En attendant, agréez l'assurance de mes sentiments bien sincères, etc.

Lisbonne, 15 mai 1850.

J.-J. DE SIMAS,
D. M. P.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De Sclerotitide et Staphylomate. Dissertatio inauguralis medica quam gratiosi medicorum ordinis auctoritate atque consensu, etc., scripsit Ad. Nic. de Duering, M. D., Moorburgensis. — Göttingen, 1849, in-4° de 26 pages avec une planche.

L'auteur cherche d'abord à démontrer, en s'appuyant de données

histologiques et d'expériences, que la tunique de l'œil, dite sclérotique, n'est pas susceptible d'inflammation; que les symptômes par lesquels on a cru que cette phlegmasie s'exprimait appartiennent à celle d'une couche assez solide interposée entre la conjonctive et la cornée opaque et appelée par Krauss *fascia bulbi oculi*, et il en conclut que le nom ainsi que la notion de sclérotite doit disparaître des traités d'ophthalmologie. Les lecteurs de ce journal savent que cette opinion a beaucoup de rapport avec celle que j'y ai souvent et depuis longtemps exprimée; seulement la mienne est jusqu'ici moins absolue. Je n'oserais pas nier la possibilité de l'inflammation de la sclérotique; il suffit en effet qu'il y existe du tissu cellulaire, des vaisseaux sanguins et des nerfs pour qu'elle semble susceptible d'inflammation; mais je ne pense pas que jusqu'ici on ait rencontré de sclérotite primitive, essentielle, et les signes attribués par les auteurs à cette affection pathologique me paraissent plutôt arbitraires que réels.

L'auteur considère la cornée comme n'étant qu'une continuation de la sclérotique et ne faisant qu'un avec elle, parce que dans le fœtus elles naissent en même temps. Il reconnaît cependant qu'au point de vue anatomique, histologique et chimique, il y a entre elles des différences essentielles. C'est ainsi que la sclérotique contient des fibres élastiques dont la cornée serait absolument dépourvue; la coction de la cornée en extrait de la chondrine, celle de la sclérotique produit de la colle. L'auteur admet dans la cornée quatre membranes, dont l'extérieure est épithélique, la sous-jacente fibreuse, la troisième amorphe, la quatrième ou intérieure consiste de nouveau comme l'extérieure en un épithélium lamelleux.

Passant ensuite à l'étude du staphylôme, l'auteur s'attache à démontrer que, pour qu'il y ait staphylôme, il faut nécessairement une altération de la cornée et un prolapsus de l'iris, opinion que nous partageons pleinement; il explique de la manière la plus satisfaisante, en en donnant le mécanisme, comment une semblable lésion, se traduisant sous diverses formes, sans changer pour cela de nature, peut donner naissance au staphylôme conique, sphérique, partiel, total, en grappe. Il conçoit toutefois la possibilité de l'existence du staphylôme sans procidence de l'iris, mais il doute qu'il ait été observé. Sa définition du staphylôme, à laquelle on peut, je pense, reprocher d'être un peu longue et préférer sans injustice celle de M. Desmarres (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 336), est ainsi conçue : « Le staphylôme est un tissu de nouvelle for-

mation, produit par une exsudation plastique, consécutive à la destruction de sa substance propre et à l'apparition d'une procidence de l'iris et d'une synéchie antérieure ou d'une occlusion de la pupille, exsudat plastique qui s'est changé ensuite en tissu cellulaire. Ce nouveau tissu se recouvre d'un épithélium lamellaire, comme cela a lieu dans tout tissu de cicatrice. Il se trouve communément confondu avec ce qui reste de la cornée, de l'iris et de la membrane de Descemet. » Cette définition est appuyée de recherches anatomico-pathologiques faites sur des staphylômes, tant par l'auteur que par M. Frerichs, son professeur. M. Düring termine son travail par l'examen critique de plusieurs opinions contraires à la sienne sur la nature du staphylôme. Une planche fort bien faite sert à l'intelligence du texte.

Ce mémoire est bien écrit, il est d'une lecture agréable et fait preuve d'une bonne et solide instruction. F...

Ueber die Xerosis Conjunctivae (*Du Xérôme de la conjonctive*) ; par le docteur WEBER. Giessen, 1839, 8° pp. 44.

Cette dissertation inaugurale, toute compendieuse qu'elle est, n'est ni sans mérite ni sans intérêt, et si tout *acte probatoire universitaire* se présentait avec les qualités dont est pourvu celui-ci, on serait porté à regretter la suppression de cette épreuve, jadis obligatoire, dans notre enseignement supérieur. On sait combien est rare et peu connue la maladie qui en fait le sujet : il y a un demi-siècle à peine qu'elle a attiré l'attention des médecins, et quoique la symptomatologie en soit parfaitement tracée, rien n'est moins connu que sa cause, rien de plus arbitraire que son traitement.—Le fait qui donna lieu à écrire cette dissertation fut observé à la clinique de la faculté de Giessen et présenta surtout cela de curieux que pendant que le xérôme était total à l'un des yeux, il n'était que partiel et comme par plaques sur l'autre, ce qui put faire saisir parfaitement la différence d'aspect et de texture entre les endroits affectés et les endroits intacts. Afin d'en préciser davantage la signification, l'auteur l'a rapproché de tous les autres faits de même nature, qu'il a trouvés dans les auteurs, et il a dressé ainsi une espèce de statistique des circonstances avec lesquelles cette maladie s'est présentée. Il n'est arrivé à aucune conclusion générale ; il a bien compris que le moment n'en était pas encore venu,

mais il a tracé la voie par laquelle seule on peut y arriver, et il y est entré avec bonheur. F...

Ueber die Ausrottung der Thränendrüse beim Thränentraufeln (*De l'extirpation de la glande lacrymale dans le larmoiement chronique*) ; par le docteur Fr. Stoltenberg. — Würzbourg, 1849, 8° pp. 24. (N'est pas mis en vente.)

Après quelques considérations physiologiques, l'auteur rapporte trois cas d'extirpation de la glande lacrymale pratiquée dans le but de remédier au larmoiement. Le premier fait est emprunté à M. Bernard (voir *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 200), le second à M. Textor (*ibidem*, vol. XVIII, p. 218); le troisième est également tiré de la pratique de ce dernier. L'auteur conclut de ces observations que « la cause du larmoiement doit être recherchée dans un » état morbide de la glande. » - *n* -

Chronique.

Bruxelles. — La motion d'ordre suivante a été faite, par M. Berger, dans la dernière séance de la session de 1850 du Conseil provincial du Brabant:

« M. Berger. — Messieurs, M. le docteur Cunier vous a adressé l'invitation officieuse de vouloir bien visiter l'établissement ophthalmique provincial qu'il dirige. J'ai répondu à cette invitation, et je croirais manquer aux devoirs que m'impose ma position de conseiller provincial, si je ne vous exprimais toute la satisfaction que j'ai éprouvée à la vue des magnifiques résultats qu'a obtenus M. le docteur Cunier.

» Messieurs, cet établissement, fondé dans l'intérêt de la santé publique, est un modèle d'ordre et d'économie que je voudrais voir adopter par toutes les personnes qui se trouvent à la tête d'établissements de ce genre. Avec très-peu d'argent, on y fait de très-grandes choses. Au moyen d'une rétribution extrêmement minime de la part des malades, on parvient à créer un fonds dont on pourra disposer, plus tard, dans un intérêt d'hygiène publique pour l'appropriation d'autres établissements qui manquent encore à la province. Je ne saurais trop vous dire combien j'ai été pénétré de voir cet ordre, cette bonne distribution d'aliments, cette économie qui préside à leur achat; et je vous le déclare, si chacun adoptait le système de M. Cunier, bien des personnes pourraient économiser la moitié de la dépense qu'elles font aujourd'hui.

» J'ai cru, Messieurs, devoir dire ce peu de mots pour qu'il fût bien constaté que cet établissement est digne de son institution et qu'il répond parfaitement aux vues du Conseil.

» M. Vleminckx. — Messieurs, je suis particulièrement heureux d'entendre ce que vient de vous dire M. Berger. Le Conseil n oubliera pas que c'est sur ma proposition que l'Institut ophthalmique a été créé; il n'oubliera pas que je lui

ai prédit que cette institution ne coûterait pas une obole à la province. Aujourd'hui, loin de coûter, elle rapporte, et plus tard vous verrez que les sommes qu'elle produira seront plus considérables que vous ne le pensez.

» Messieurs, vous avez entendu la demande de M. Cunier, que vous a communiquée M. Fransman et qui tendait à vous prier de visiter cette institution. J'ai compris que la chose était impossible; mais il me semble que l'on donnerait une marque de gratitude à ce médecin, qui s'occupe avec tant d'intelligence de l'ophthalmologie et qui dirige avec tant de succès l'institution que vous avez créée, si vous priiez votre députation d'aller, en votre nom, faire la visite qu'il a demandée au Conseil.

» M. le Président. — Cette proposition ne rencontrera aucune objection et la députation se chargera avec plaisir de la mission que lui donne le Conseil. »

(*Moniteur*, n° 204.)

— Nous engageons nos collègues belges à essayer le tannin dans le traitement des granulations et du boursouflement de la conjonctive. Nous leur ferons incessamment part des recherches auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs mois.

— Notre collaborateur, M. le docteur Félix Binard, médecin de régiment du 1er cuirassiers, vient d'être nommé chevalier de l'ordre militaire de Léopold, en récompense de ses excellents services.

Paris. — Dans une des dernières séances de l'Académie nationale de médecine, M. Velpeau a présenté, au nom de M. Heinricht, médecin militaire autrichien, un mémoire « sur la maladie de la conjonctive connue sous le nom d'ophthalmie égyptienne, qui règne depuis plusieurs années endémiquement dans le grand-duché de Toscane et dans les États Romains, et qui s'est déclarée épidémiquement vers la fin de l'année dernière parmi les troupes autrichiennes occupant Florence. » — « D'après la description de M. Heinricht, cette ophthalmie » paraît avoir une grande analogie avec l'ophthalmie granuleuse belge. L'au» teur préconise, comme moyen de traitement, la cautérisation avec le nitrate » d'argent, avec la précaution, toutefois, de décomposer l'excès de caustique » à l'aide d'une dissolution de sel marin. » (*Gazette méd. de Paris.*)

— La *Gazette médicale* de Paris, publie la note suivante : « Dans la Valteline, l'ophthalmie égyptienne règne parmi les militaires de la garnison. Cette ophthalmie, quoique d'une intensité moindre, est de même nature que celle qui règne à Lemberg. »

— On lit dans le même journal, sous ce titre : *Hôpital de Cestella, à Florence, pour le traitement des ophthalmies contagieuses :* « Du 27 mai 1849 au 16 janvier 1850, on a traité dans cet établissement 1,061 malades atteints d'ophthalmie, y compris les cas légers. Sur ce chiffre, il y a eu 35 insuccès, dont 6 avec abolition totale de la vision des deux côtés ; 12 avec perte d'un œil; 17 avec des altérations prononcées du globe oculaire, sans cécité. »

Dublin. — M. le docteur Wilde vient de publier le compte-rendu de sa clinique ophthalmologique pendant les trois dernières années. Dans cet intervalle, 512 opérations ont été pratiquées, à savoir : 55 opérations de cataracte par extraction et 90 par broiement (14 par la sclérotique, 76 par la cornée); 47 opérations de pupille artificielle ; 11 excisions de staphylôme ; 13 excisions de pté-

rygion ; 56 opérations de strabisme, dont 6 doubles ; 62 entropions et trichiasis ; 4 ectropions ; 57 extirpations de tumeurs tarsiennes ; 50 opérations sur le sac lacrymal ; 6 blépharoplasties, etc.

— Il existait depuis un grand nombre d'années à Dublin un établissement consacré exclusivement au traitement des maladies oculaires, connu sous le nom d'hôpital ophthalmique de Saint-Marc. Fondé et entretenu par des souscriptions volontaires, il servait à la fois d'hôpital et de dispensaire ; année commune, 2,000 malades y recevaient des soins. Devenu trop petit pour le grand nombre d'individus qui venaient y chercher des secours, il vient d'être transféré dans un local plus vaste et mieux situé dans le Parkstreet. — Un rapport détaillé présenté aux souscripteurs et au public par l'administration de cet établissement, et inséré par extrait dans les feuilles publiques, fait connaître la marche de ses opérations et donne sur ses ressources pécuniaires des renseignements qui empruntent quelque intérêt à cette circonstance que de la comparaison du coût de la journée dans l'établissement de Dublin, avec celui d'établissements analogues en Belgique, il résulte que tout l'avantage reste à ces derniers. En effet, la dépense faite pour les internes et les externes, dans celui de Dublin, monte à 1 shilling et 6 pence ou environ fr. 1-80.

Trieste. — Le quatrième et dernier volume de l'ouvrage de M. Cappelletti, *Le malattie dell' occhio e delle sue dipendenze*, vient d'être mis en vente. Il y est traité : Des maladies 1) de la choroïde ; 2) du ligament ciliaire ; 3) du corps vitré ; 4) de la rétine ; 5) des maladies *fonctionnelles* du bulbe ; 6) du système musculaire de l'œil ; 7) des maladies qui intéressent la *totalité du bulbe*.

Lisbonne. — Les discussions sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée continuent toujours, et le mal paraît s'étendre de plus en plus. M. le docteur Lima Leitão a obtenu de S. E. le Ministre de la Guerre l'autorisation de soumettre une douzaine de soldats à la méthode de traitement qu'il a imaginée, et qui consiste en embrocations d'eau froide combinées avec l'application de sétons dans les paupières et des frictions stibiées sur ces voiles. — *g* —

Corrigenda.

M. le docteur Ed. Cornaz, de Neuchâtel, nous prie d'indiquer les *corrigenda* suivants à faire à son mémoire inséré dans notre livraison de janvier et février :

Page 24, ligne 28, au lieu de *celles* et de *mentionnées*, il faut : *ceux* et *mentionnés ;*

P. 29, l. 18, après *conjonctive*, ajoutez : *de la paupière ;*

P. 39, l. 23, au lieu de *imparfait*, il faut : *partiel ,*

P. 41, l. 4 et 7, au lieu de *d'Oppens*, lisez : *de Servion ;*

P. 47, l. 10, au lieu de (10), lisez : (12);

P. 51, l. 30, après *rencontre*, ajoutez : *parfois ;*

P. 52, l. 8, effacez : *nombreuse*.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-TROISIÈME VOLUME.

(PREMIER SEMESTRE 1850.)

A

Abnormités congénitales des yeux et de leurs annexes. Observations 24
Acétate neutre de plomb. Accidents dus à son emploi dans l'ophthalmie militaire. 171
— — — Son emploi. 140-180-189
Achromatopsie (observations d'). 42-[127
Albinisme (observations d') . . . 39
Allongement congénital de la paupière inférieure. 27
Anomalies artérielles de l'œil. 25
Anophthalmos (cas d'). 49
Arc sénile. Anatomie pathologique. 180

B

Brides de l'œil. 204

C

Canule engagée depuis 9 ans dans le canal nasal. Accidents. Extraction 178
Cataracte chez un microphthalmos. Opération. 14
— noire. Recherches et expériences sur son diagnostic. 130-172
— Guérison sans opération. 177
— (Opérations de) 215
Cautérisation des fosses nasales dans les ophthalmies chroniques. 232
Chanvre indien. Son emploi dans les maladies des yeux. 99
Collodion. Voyez *Occlusion*. . .
Corectopie (faits de). 55
Cornée. Nouveau signe pour reconnaître certaines de ses déformations. 175
— (Taches métalliques de la) guéries sans opération. 176
— Voyez *Arc sénile*.
— Son ramollissement dans les maladies consomptives. . . . 101
— Son opacité congénitale. . 31
Corps étranger dans l'intérieur de l'œil. Iritis considérée comme symptôme. 7
— — dans l'œil. . . . 203
Cristallin. Cas d'absence congénitale 179
Cyclopie (faits de) 49

D

Dispensaire ophthalmique de Liége. Compte-rendu de l'année 1849. 181
— — de Dublin. Statistique. 249
Dyscorie (observation de) 36

E

Epicanthus congénital. 27
Expérience optique servant à apprécier les pouvoirs comparatifs des deux yeux et indiquant le premier degré des changements morbides qui surviennent dans la vision. 137

F

Fongus médullaire de la rétine. 205

G

Glande lacrymale (hypertrophie congénitale de la) et de ses conduits excréteurs. 145
— — Son extirpation dans le larmoiement chronique. (*Analyse*.). 247
Granulations palpébrales. Mémoire sur leur anatomie pathologique 109
— — emploi de l'acétate neutre de plomb 140-171-180-189
— — emploi du tannin. 248

H

Héméralopie (observations d'). . 41
Hétérophthalmos. 37

I

Institut ophthalmique provincial du Brabant. Compte-rendu du 10 septembre 1849 au 30 avril 1850. 235-247
Iridérémie complète. 31
Iris (Colobôme de l') 33
— (Taches congénitales de l') . . 38
Iritis. Voyez *Corps étranger* . .

M

Mexico (Topographie de). Maladies oculaires y observées. . . . 107
Microphthalmos double opéré de cataracte et de pupille artificielle. 14
— (Observations de). 47

O

Observations ophthalmologiques. (Analyse.) 105
Occlusion palpébrale dans le traitement des lésions mécaniques des yeux et des ophthalmies chroniques. 176
— — Son emploi 176
Ophthalmie de l'armée portugaise. . . . 52-57-61-76-108-172-249
— du régiment des grenadiers de la reine à Lisbonne. 57-61 [76
— Lettre adressée au docteur FLORENT CUNIER. 242
— *contagieuse*. Voyez *Granulations, Acétate de plomb*.
— — Considérations sur ses caractères, sa marche et son traitement. (*Analyse.*) 139
— — en Toscane et dans les États pontificaux 248
— — *des nouveau-nés* et ophthalmie des armées. Leur identité. 225
Ophthalmie catarrhale et des armées. 186
— *scrofuleuse*. Emploi du sulfate de bébérine. 179
— — 197
— *gonorrhoïque*. . . . 194
— *varioleuse* 198
— *traumatique* 200
Orbite. Voyez *Vitre*.

P

Panophthalmite phlegmoneuse puerpérale. 106
Paralysie des troisième et sixième paires cérébrales. Recherches cliniques. 157
— de la paupière supérieure guérie par les inoculations de strychnine 177
Polycorie congénitale. 34
Pupille (scintillement de la). . . 3
— artificielle pratiquée sur un microphthalmos. 7
— *artificielle*. (Opérat. de) 210

S

Sclérotite (de la) et du staphylôme. 244
Strabisme droit ou direct. 103
Synchisis élincelant. 3

T

Tannin. Voyez *Granulations*.
Tumeur de la paupière inférieure. 29
Tumeurs érectiles des paupières. Diagnostic. 28

V

Vitre (Obs. de nombreux fragments de) introduits dans l'orbite gauche. 203-217

X

Xerosis conjunctivae. 246

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU XXIII^e VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS DES AUTEURS.

A

Alquié 177
Ansiaux (Jules). 103-181

B

Beauclair (Ad.). . . 130
Beirão (Ferreira da Sylva). 61
Binard. 99-248
Blasius 3
Bowman. 107
Brett 107

C

Canton 180
Cappelletti 249
Collette 217
Cooper (White). . . 178
Cornaz (Édouard). 24-249
Corvisart 103
Cunier. . . 52-76-145-235

D

De Büring. 244
De Hubsch. 101
Desmarres. 7-14
Deval (Ch.). 176
D'Hombres-Firmas. 127

F

Frôbelius 108

G

Gluge 145

H

Hairion 109
Heinricht 248

J

Jacob (A.). 107

L

Larrey (H.). 176
Laugier 175
Lima Leitão. 249
Llewellin 179

M

Moreira 57

N

Nélaton 108
Newton (R.). 107

P

Pétrequin (J.-É.). 108-[130-172
Pichard. 179
Pulido (Martins) . . 61

S

Seixas (Monteiro de) 57
Simas. 242
Snabilié. 105
Stoltenberg. 247

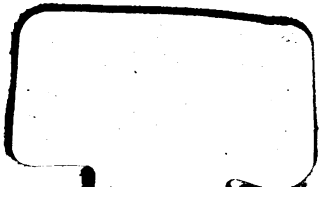
T

Tavignot. 232

V

Velpeau. 248

W

Weber 246
Wilde. 248

N13829